Herval Pina Ribeiro

# A Violência Oculta do Trabalho

*as lesões por esforços repetitivos*

EDITORA FIOCRUZ

# A Violência Oculta do Trabalho

*as lesões por esforços repetitivos*

Herval Pina Ribeiro

# A Violência Oculta do Trabalho

*as lesões por esforços repetitivos*

Aos trabalhadores bancários, em especial aos adoecidos de LER, indivíduos sujeitados à amarga experiência de uma violência negada e ocultada. Tenho para com eles o sentimento de solidariedade dos que se colocam do 'lado de cá' e o compromisso ético de lhes devolver, após a elaboração que me foi possível, o que vêm me ensinando.

Sumário

# Prefácio

Escrever o Prefácio para um trabalho do dr. Herval não é tarefa simples. Tendo ao longo de sua vida acumulado uma das mais ricas experiências na área da saúde do trabalhador, tal estudo, embora não sendo a síntese de toda a sua longa experiência nesse campo, representa um ponto importante em sua carreira. Nele o autor expõe um dos temas mais atuais no campo das patologias do trabalho – as Lesões por Esforços Repetitivos –, mostrando não somente um apurado conhecimento sobre o assunto, mas revelando sua permanente militância e, especialmente, evidenciando sua crença de que o conhecimento compartilhado constitui parte integrante do movimento social. A tarefa do prefaciador somente não se torna mais difícil pelo fato de ter participado da banca examinadora do doutorado, acrescentado pela leitura de muitos dos seus trabalhos. Portanto, meus comentários seguem de perto o que apresentei quando da defesa desta tese.

Naquele momento, citei um trecho do Prefácio à edição brasileira de um conhecido livro de Umberto Ecco.[1] A autora do Prefácio escreve: "Se fazer uma tese é uma imposição, norma ou lei, a tese é paradoxalmente uma atividade que acompanha diversas perspectivas em contraponto, exacerba dinamicamente, mas faz descobrir nova maneira de ler ou ver o já visto ou lido. Peculiar originalidade, lança-se mão dos dados para inventá-los, ganha-se precisão de pensamento na verticalização de um tema que se restringe para se tornar mais seguro, nuance da reflexão que incorpora, sem falsa modéstia, o imprevisto, o insólito, o dissociado, a capacidade dialética que apreende as vozes que se dispersam na compreensão e/ou interpretação dos fenômenos".

---

[1] FERRARA, L. D. Apresentação à edição brasileira – ECCO, U. *Como se Faz uma Tese*. São Paulo: Perspectiva, 1977.

Na minha opinião, este trabalho tem tudo a ver com essas idéias. "O já visto ou lido" é o ponto de partida para um novo encontro com o objetivo desejado pelo investigador, que, na sua cotidianidade com o problema, terá necessariamente que fazer a sua primeira ruptura, como diria Boaventura de Souza Santos quando se refere ao rompimento com o senso comum (o nosso e o dos outros), pois, de outra forma, não encontraria condições para explicá-lo. A nova maneira de ver o objeto não se consuma no vivido pelos seus autores. Como escreve Santos, "o senso comum é um conhecimento evidente que pensa o que existe tal como existe e cuja função é a de reconciliar a todo custo a consciência comum consigo mesma".[2] Mas como o conhecimento não se completa com essa primeira ruptura, é necessário o reencontro – a segunda ruptura, com a construção de uma nova relação da ciência com o senso comum. Essa ruptura transforma o senso comum com base na ciência – "um senso comum esclarecido e uma ciência prudente". Sua nova maneira de ler e falar sobre o tema foi exigida pelo enfoque que se pretendeu dar ao objeto, que, desde o início, coloca em discussão a objetividade *versus* a subjetividade, o quantitativo *versus* o qualitativo, o saber acadêmico *versus* o saber militante. Nesse sentido, a busca de referenciais torna-se um ponto importante do seu trabalho, basicamente assentado sobre o paradigma marxista de ciência que se tornou clássico – o real é dado na sua aparência imediata.

Ao tentar dar visibilidade ao seu objeto de estudo – portadores de LER – o autor vai em busca da metodologia qualitativa, pois tem consciência de que não será possível abordá-lo por meio de uma metodologia quantitativa, que, como salientado, será usada de forma auxiliar. Essa colocação situa-se, em realidade, como um assunto que vem preocupando os pesquisadores nas ciências sociais neste fim de século. Sem fazer uma longa digressão, mas para pontuar o essencial, a questão é a de que, citando Balandier, José Machado Pais, professor do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, diz que as ciências sociais vivem atualmente um "estado de penitência".[3] Prosseguindo, escreve: "Elas agitam-se, distanciam-se dos antigos sistemas de referências e modos explicativos, procuram novos objetos, interrogam o seu próprio saber. Já não existe nenhuma ciência social que alimente a vocação imperialista de unificar o social, como a sua sociologia". Hoje, a exploração tem como ponto de vista a desordem, de um lado, e, de outro, há um contínuo desdobramento de subuniversos quantitativos, marxistas, estruturalistas, hermenêuticos etc. Mas o que talvez melhor caracterize esse momento é o das investigações que se realizam em terrenos de fronteira. Como diz Pais: "nas fronteiras do indivíduo, as regiões, do próprio saber".

[2] SANTOS, B. S. *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

[3] PAIS, J. M. Das regras do método aos métodos desregrados. *Tempo Social: Revista Social*, 8(1):85-11, 1986.

Estas observações são, na minha opinião, estreitamente relacionadas a este trabalho. Um estudo sobre as LER não poderia ser visto sob um único ângulo: o tema é interdisciplinar, a forma de abordá-lo transcende o indivíduo doente, a metodologia a ser empregada não se esgota na somatória dos casos. Para analisar essa complexa temática, o autor amplia o quadro de referência traçando as relações entre sociedade/doença/trabalho, relacionando violência e capitalismo e o conflito capital e trabalho. Estabelece, nessa direção, uma reflexão sobre as formas históricas de adoecimento, que se tornam balizadoras de um estudo dirigido a uma determinada forma de adoecimento – as Lesões por Esforços Repetitivos – de uma determinada população, os bancários. Ao focalizar o plano nacional, o estudo contextualiza a trajetória dos ciclos do capitalismo industrial e suas relações com o trabalho no Brasil.

O percurso deste estudo não se limita a caminhar do geral para o particular, mas procura, nesse particular, o vivido (o doloroso vivido) dos adoecidos de LER e retorna à luta dos adoecidos e os percalços do movimento dos trabalhadores ante as novas conjunturas do mundo do trabalho e das próprias características da doença. Ao concluir o estudo, o autor situa de forma clara que ela se encontra em um plano diferente das doenças pestilenciais, ou epidêmicas clássicas, que ameaçam a todos. É uma doença seletiva, atinge determinada categoria de trabalhadores, aqueles que estão nos níveis mais baixos da hierarquia das empresas.

Sinto haver necessidade de detalhar este trabalho. A apresentação do próprio autor oferece ao leitor a visão de conjunto que o encaminha a um texto seguro, claro e revelador. Porém, não posso me furtar, neste momento, a recordar algumas idéias que me parecem oportunas aos estudiosos da saúde-doença em seus diversos coletivos. Há uma forte idéia que o autor sintetiza, quando diz que a categoria trabalho "não se circunscreve ao processo de produção e à organização do trabalho dentro dos muros e paredes da empresa, mas se estende para fora, invade e modela a vida do trabalhador e suas relações com seus familiares, amigos e vizinhos". Vai além da dimensão exclusivamente socioeconômica. Huisman & Vergez,[4] dois filósofos franceses, escrevendo sobre "A moral e a vida econômica", ao analisarem as várias formas de conceder o trabalho para seu alto significado metafísico, pois "o trabalho nos dá a chance das relações fundamentais entre o homem e a natureza", e perguntam: "Mas o eminente valor moral do trabalho não estará comprometido em certas formas de trabalho contemporâneo?". Para responderem à questão, esses autores retornam a discussão para o plano "da organização social do trabalho, da

[4] Huisman, D. & Vergez, A. *Curso Moderno de Filosofia: introdução à filosofia das ciências*. São Paulo: Livraria Freitas Bastos, 1965.

produção, da distribuição das riquezas", ou seja, o do trabalho como 'questão social'. Todavia, eu derivaria, ainda, da análise deste livro de Giannotti,[5] quando aponta "a necessidade de tomar o processo de trabalho, desde logo, desdobrando-se ao mesmo tempo numa dimensão operante imbricada noutra representativa". Isso se torna importante para esta pesquisa, particulariza uma determinada forma de trabalho, no capitalismo avançado, com a incorporação crescente da ciência e da tecnologia. Segundo Giannotti (Ibid.), "torna-se possível frisar o caráter reflexionante da produção como um todo, a criatividade de seu circuito, notadamente a nova dimensão ontológica que nele adquire o instrumento, assim como a forma de temporalidade que seu exercício instala". A chamada em relação ao texto de Giannotti (Ibid.), "O ardil do trabalho", pareceu-me oportuna, pois, como indica o autor, se "a estrutura reflexionante da produção mostra que esta só existe como todo", o estudo realizado é exemplar para ilustrar uma forma específica de modalização, para usar expressão desse filósofo. Isso, sem dúvida, se expressa quando se verifica que, hoje, "a fundamentalidade do processo de trabalho bancário está em seu produto final, a informação", e esta, por sua vez, incorpora a automação e a telemática.

Escrever sobre este trabalho é incursionar em questões que constituem desafios e dilemas para o campo no qual ele se inclui: o da saúde coletiva. Não farei esses inúmeros desdobramentos. Deixarei para o leitor o prazer intelectual de, ao percorrer o texto, repensar questões tais como os conceitos de causalidade e determinação, os tipos de causalidade, os novos paradigmas para a epidemiologia, as possibilidades das pesquisas interdisciplinares etc.

Num momento em que as transformações do mundo do trabalho, particularmente referenciadas pela atual revolução tecnológica, na qual se impõe uma nova concepção da relação homem/máquina, essa análise é extremamente oportuna. Ao buscar a "constituição íntima" do fenômeno investigado, como diria Marx, o trabalho não somente revela as situações particulares – o adoecimento dos bancários –, mas as situações histórico-sociais relacionadas às situações particulares. Ao debater com os próprios sujeitos as suas vivências e ao trazer à tona a denúncia, não simplesmente como denúncia, mas como forma de conhecimento e de orientação para mudanças, o estudo não apenas abre campo para outras pesquisas, mas reafirma a vigência do potencial explicativo da categoria trabalho.

*Everardo Duarte Nunes*
Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP

[5] GIANNOTTI, J. A. *Trabalho e Reflexão: ensaios para uma dialética da sociabilidade*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

# Apresentação

Há sete anos participo da construção de um processo de intervenção coletiva dos trabalhadores bancários sobre as questões de saúde relacionadas ao seu trabalho, a partir das Lesões por Esforços Repetitivos (LER), que se tornaram, em curto espaço de tempo, a mais comum das doenças do trabalho.

A transposição de parte dessa experiência coletiva para o papel, sob o formato de tese acadêmica e livro, embora não se constituísse uma finalidade em si, sempre fez parte do projeto original, por acreditarmos, eu e seus proponentes – a então diretoria da Associação dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo (AFUBESP) e as sucessivas diretorias do Sindicato dos Bancários de Campinas e Região (SEEB/ Campinas) – ser um dos meios de facilitar um movimento que precisava e continua precisando do envolvimento de outras forças sociais e de foros mais amplos para, ao menos, sustar o crescimento desse grupo de doenças.

Não houve qualquer preocupação prévia com métodos ou modelos de investigação, entendendo-se que ele ou eles deveriam ser gerados a partir da conjuntura e circunstâncias que permitissem a maior aproximação possível com a realidade que se queria conhecer para, se possível, transformar. Diria que todos os textos que nesses anos elaborei sobre adoecimento bancário e LER, inclusive este, independentemente de conteúdos, métodos e formatos, se constituíam em meios para a intervenção coletiva pretendida, quase que subprodutos.

Os trabalhadores bancários, com seu saber, sua capacidade técnica, seu adoecimento no fazer, suas reflexões sobre o trabalho e sua maturidade de cidadãos organizados e solidários, são os artífices desse movimento. Trata-se, afinal, de uma construção eminentemente política com repercussões sociais que podem ser muito

profundas e amplas, especificamente no campo da saúde pública, merecendo além do esforço que fazem os próprios trabalhadores, a solidariedade de todos. Só assim ela ganhará dimensões que façam frente às suas determinantes e conseqüências.

Todavia, os que edificam, mesmo com a soberania da prática e em terreno próprio, mas sabidamente acidentado, como estão fazendo os trabalhadores bancários, não prescindem de aportes teóricos e das práticas de outros. É aí que me insiro, como portador de um outro tipo de saber e experiência que presumo útil para fundamentar, aferir, corrigir em tempo e validar em outros foros, o andamento da obra projetada, tendo sempre presente que esta, como toda construção social, é a expressão de um conflito histórico, extraordinariamente dinâmico e não resolvido entre o capital e o trabalho.

De antemão, fique claro que o acompanhamento e aferições da obra inacabada não se circunscrevem ao momento em que torno público este texto. De uma ou outra forma, eles prosseguem e dela fazem parte, tanto quanto suas conseqüências, esperadas ou não. O que faço agora é uma narrativa do seu andamento até aqui, acrescida de reflexões, hipóteses, teses e antíteses, prenhes de subjetividade, que julgo pertinentes e que podem, de algum modo, contribuir para o entendimento das relações entre trabalho e saúde e, mais especificamente, sobre trabalho bancário e LER. É com este preâmbulo e ressalvas que passo a falar da pesquisa e deste livro, em particular.

Nesse meio tempo, tenho me reunido incontáveis vezes e em circunstâncias e de modos vários com os bancários: em seus locais de trabalho, nas suas entidades representativas, em seus encontros e congressos, em cursos de capacitação, seminários, reuniões dos seus núcleos de saúde e de negociação, sempre privilegiando formas interativas para que nossas convivências, percepções e representações, as minhas e as deles, estivessem, tanto quanto possível, mais próximas entre si e da realidade social, de mutabilidade imanente. No decorrer desse período, em que aprendi muito mais do que ensinei, aflorou a necessidade de ter elementos mais substantivos à mão para que eles comprovassem o que uma das formas de seu adoecimento coletivo e crescente revelava: a magnitude do problema LER, até 1992 tido pelas empresas bancárias e, no caso particular, pela administração da instituição mais estudada, como inexistente ou sem importância.

Assim, uma de minhas tarefas estava definida: deveria ajudar a dar visibilidade a esse adoecimento coletivo, conceituar e estabelecer os marcos teóricos da questão LER, selecionar métodos de aferição exeqüíveis, dinâmicos e passíveis de validação científica sobre essa forma de adoecimento, sua relação com o trabalho e conseqüências sociais, pouco importando se os dados com que viria a trabalhar assumiriam forma numérica ou outra linguagem.

Foi e está sendo uma árdua e sofrida experiência a dos adoecidos de LER – em sua maioria ainda vivendo subjetivamente sua dor e perdas, todos amargurados com incompreensões, descasos e discriminações mais ou menos generalizados – transpor um mundo até aqui desconhecido de padecimento individual e preconceitos. Isso vem requerendo uma negociação difícil das vítimas consigo, com seus familiares e circunstantes, com os companheiros de trabalho, com os médicos e instituições que os assistem e até com os dirigentes de suas entidades, no sentido de fazê-los crer da sua dor e incapacidade e, a partir daí, possibilitar a existência de um movimento coeso e competente capaz de viabilizar uma outra negociação mais difícil e necessária com o patronato e com a sociedade distanciada.

Ver-se-á neste texto que à negação inicial da empresa em reconhecer a existência da doença e o problema LER, seguiu-se uma política de ocultação. Mesmo quando no curto espaço de três anos o número de adoecidos cresceu de modo explosivo, a administração continuou negando. Esse comportamento que persiste colocou a necessidade de, passo a passo, coletar informações, organizá-las, estudá-las, dar-lhes formato de provas documentais, divulgando-as da forma mais ampla possível. Era mandatária a socialização dessa realidade fragmentada sobre o adoecimento por LER em uma empresa com 1.700 dependências dispersas pelo estado de São Paulo e em alguns outros.

Foi assim que se conseguiu chegar a um primeiro encontro dos adoecidos de LER do Banco do Estado, realizado em 20 de agosto de 1994 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com o comparecimento de 350 deles e três meses depois de um segundo, em 26 de novembro na Faculdade de Medicina da mesma Universidade, com a participação de 150 adoecidos.

Não temos notícias de outros encontros no País que reunissem tantos adoecidos do trabalho de uma mesma doença, com a particularidade de pertencerem a uma única empresa. Pareceu-me revelar que as demandas insatisfeitas desses trabalhadores estavam, afinal, se corporificando e ganhando o pretendido caráter coletivo. Foi no primeiro desses encontros que tivemos a oportunidade de iniciar a aplicação do questionário que instrumentaliza materialmente esse estudo. Passaram-se, pois, dois anos entre o início das discussões e práticas interativas sobre trabalho, saúde e LER (1992), com os trabalhadores bancários, à aplicação do referido questionário junto a esses trabalhadores (1994). Percebe-se como tem sido lento, difícil e cauteloso esse aprendizado, compartilhado por centenas de sujeitos que embora vivam individualmente dolorosa experiência, caminharam e ainda caminham para a compreensão de que além do sofrimento, partilham entre si e com os companheiros não adoecidos muitas outras coisas em comum, e que se faz necessário forjar estratégias para cuidar, ao lado dos aspectos individuais da doença, das outras dimensões coletivas presas ao trabalho e à vida social.

A caminhada não tem tido, e não se esperava que tivesse, a participação ativa de todos, nem a mesma força nos passos, porque 'a tomada de consciência' e o fazer político e coletivo, ainda quando fundamentados no sofrimento, não acontecem assim. Não surpreende que dos 1.223 bancários afinal conhecidos como tendo LER em meados de 1994, apenas metade haja respondido ao questionário proposto para avaliar a situação de sua doença. Ainda assim é uma taxa de resposta expressiva e pouco freqüente em nosso meio.

Retorno tão significativo e a revelação quase unânime da própria identidade parecem indicar a existência de uma necessidade concreta e coletiva e de que essa parcela de trabalhadores, como todo trabalhador, acostumada a dar prioridade às reivindicações de caráter econômico e ao assistencialismo comum, estava se deslocando para reivindicações coletivas e mais diferenciadas no campo da saúde. A proposta trabalhada no cotidiano vinha sendo esta, de convencimento sobre a necessidade desse fazer político e coletivo, tanto mais difícil porque transita de permeio com o sofrimento individual, às vezes, próximo ao desespero e com sufocados sentimentos de perda, medo e ceticismo.

Desde o começo, houve o compromisso de devolver, sempre de forma pública e escrita, especialmente aos adoecidos, os resultados dos nossos achados para que eles refletissem sobre a realidade comum, propusessem e participassem das ações propostas, algumas executadas, outras em andamento, várias barradas, sobretudo aquelas do âmbito interno da empresa.

Os contratempos têm sido muitos, menos nos aspectos teóricos do projeto do que nas ações que pudessem evitar ou minimizar as LER. Vários eram esperados, outros não; alguns restritos à instituição mais de perto estudada, outras no campo mais geral das conjunturas políticas e econômicas do País. Por isso, fica difícil, e talvez impossível, demarcar os limites entre a responsabilidade da empresa e a do Estado com uma tendência neoliberal mais forte nesta década, como testemunham a reformulação bancária em curso e a intervenção do Banco Central no BANESPA, iniciada em dezembro de 1994 e que se arrasta até hoje.

Muito do que escrevi e refleti sobre LER nesse período é público e chegou primeiro ao conhecimento dos bancários, especialmente dos trabalhadores desse banco. Mas o escrito de agora, se outra originalidade não tiver, revela modos de fazer, de perquirir, de juntar indícios, entender os sinais, alguns aparentes, outros não tanto, permitindo saídas para caminhar investigando, fazendo e tentando mudar. Um caminhar cheio de ziguezagues, de idas e vindas, nunca definitivo, mas que tem progredido.

Faço a introdução discutindo *A violência explícita do trabalho* que caracteriza os dois ciclos anteriores de desenvolvimento e crise do capitalismo, procurando mostrar como a violência das relações sociais se projeta no trabalho e recorta como

sombra a morbi-mortalidade da classe trabalhadora. Uma violência bruta e visível que resultou e ainda resulta em doenças e em um número incontável de mortes, muitas em acidentes catastróficos.

Em seguida discorro sobre o que chamo de *A violência oculta*, modos de adoecer e morrer do trabalho no ciclo atual do capitalismo, uma violência abrandada, mais sutil, oculta e ocultada, tomando como exemplo os bancos, o trabalho e a categoria bancária.

Teço breve histórico sobre a evolução das atividades bancárias no Brasil, a partir do início do século XIX e, em particular, do Banco do Estado de São Paulo (BANESPA), criado em 1926, quando o governo do estado assume o controle acionário do Banque de Crédit Hipotecaire et Agricole de São Paulo. Mostro como esse banco, acompanhando o segundo ciclo de desenvolvimento do capitalismo no País, após 1930, cresce extraordinariamente em todos os sentidos, inclusive em número de trabalhadores, que passa de duas dezenas para os 35 mil do início da década atual e discorro sobre o conteúdo do trabalho bancário.

Aponto, em seguida, os modos de adoecer e morrer dos bancários, detendo-me mais especificamente sobre as lesões das partes moles e superiores do aparelho locomotor atribuídas ao trabalho (LER). Trata-se de um modo de adoecimento coletivo de tendência crescente, cuja causalidade do trabalho, apesar de menos direta e menos aparente e dramática, tem sido reconhecida em todo o mundo, a partir do final da década de 50. Afirmo, aí, ser as LER uma doença emblemática do novo ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo, iniciado nos países centrais nos anos subseqüentes à Segunda Grande Guerra e acelerado nos anos 70, cuja característica mais visível e comentada é a tecnologia da automação eletroeletrônica. Adianto que não tomo as tecnologias como determinantes de qualquer adoecimento em si, mas como um dos seus componentes em decorrência de sua apropriação gananciosa e de sua incorporação e uso só adequados para o capital.

Descrevo, após, o caso das LER no BANESPA, em seu aspecto quantitativo, fundamentado em um questionário com 147 variáveis respondidos por 525 adoecidos, no qual analiso as várias características da amostra como estado civil, gênero, escolaridade, 'tempo de sujeição', hierarquia, função, subnotificação de casos, tempo de demora e freqüências de diagnóstico, localização das lesões, exames complementares, terapias, estado da doença, sofrimento psíquico, tempo de afastamento e incapacidade de trabalho etc.

Em seguida, procedo à análise e transcrevo, quase literalmente, apenas ordenando tematicamente, a 'fala dos adoecidos'. São 346 depoimentos espontâneos, acrescentados como 'observações' aos próprios questionários respondidos. A opção por assim produzir foi mais do que metodológica: havia o compromisso de fazer ecoar as

suas queixas e nada melhor, pareceu-me, do que proceder dessa maneira, dando, ao mesmo tempo, a oportunidade de quem as 'ouvisse' as analisasse a seu modo.

Por último, discuto as formas de insubmissão e resistências individuais, grupais e os movimentos histórico-sociais dos trabalhadores em defesa de sua saúde e de sua capacidade de trabalho, detendo-me, no final, na discussão sobre o movimento social das LER e suas perspectivas.

---

Meus sinceros agradecimentos à Associação dos Funcionários do Conglomerado do Banco do Estado de São Paulo e da Caixa de Assistência e Beneficência do Banco do Estado de São Paulo (AFUBESP), em especial ao seu então presidente, Antonio de Pádua Chagas (1992-1996). Foi a preocupação com a saúde dos seus representados que fez surgir nesse banco o movimento sobre as Lesões por Esforços Repetitivos, originando, assim, esta investigação.

Ao Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Campinas e Região, nas pessoas dos seus sucessivos presidentes André Von Zubhen, Davi Zaia e Afonso Lopes da Silva, pela posição de vanguarda desse sindicato no campo da saúde e o consistente trabalho em torno das LER.

Ao médico e caixa de banco, Leandro Antonio Konig, diretor da área de saúde da AFUBESP (1992-1996), a quem devo colaboração insubstituível em fases deste estudo.

Aos professores Arnaldo Augusto Franco de Siqueira e Jair Lício Ferreria Santos, respectivamente ex-diretor e diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que compreendendo, desde o primeiro momento, as Lesões por Esforços Repetitivos como uma questão maior de saúde pública, abriram as portas dessa casa.

Aos professores Jorge da Rocha Gomes e João Vicente Assunção, respectivamente ex-chefe e chefe do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelo apoio ao estudo das questões aqui abordadas.

À psicóloga Paula G. Galeano, secretária-executiva do Programa para a Prevenção, Detecção, Diagnóstico e Tratamento Precoces das Lesões por Esforços Repetitivos na Categoria Bancária, por ensinar-me a lidar melhor e, afinal, chegar a ter simpatia por um dos vilões desta história, o computador.

À Anna Maria Stokinger, auxiliar de secretaria deste projeto, pela permanente disponibilidade e colaboração.

À bibliotecária Cecília Michiko Itani Forti, já falecida, então diretora de Divisão do Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde da Secretaria do Estado de São Paulo, por sua colaboração pessoal e amiga.

E, finalmente, aos professores Maria Cecília de Souza Minayo, Jorge Rocha Gomes, Diogo Pupo Nogueira, Amélia Cohn e Everardo Duarte Nunes, que constituíram a banca examinadora da tese que deu origem a este livro e que, na ocasião, sugeriram sua publicação.

# Uma História de Violência: adoecimento e morte na classe trabalhadora

*Se um único fator dominava a vida dos trabalhadores do século XIX, este fator era a 'insegurança'. Eles não sabiam no princípio da semana quanto iriam levar para casa na sexta-feira. Eles não sabiam quanto iriam durar no emprego presente, ou se viessem a perdê-lo, quando voltariam a encontrar um novo trabalho e em que condições. Eles não sabiam que acidentes ou doenças iriam afetá-los, e embora soubessem que algum dia no meio da vida – talvez 40 anos para os trabalhadores não especializados, talvez 50 anos para os especializados – iriam se tornar incapazes para o trabalho pleno e adulto, não sabiam o que iria acontecer então entre este momento e a morte.*

Hobsbawm (1979:231)

## Ciclos do capitalismo e morbi-mortalidade

Miséria, doenças e mortes prematuras não eram desconhecidas antes de Cristo, nem nos 17 séculos seguintes que precederam a Revolução Industrial. As guerras e as epidemias, sobretudo a peste, a varíola e cólera, costumavam deixar atrás de si um rastro largo e profundo de covas e vítimas em todas as classes e camadas sociais. Não eram, também, incomuns os acidentes de trabalho nas escavações de minas, canais e túneis, na construção de pontes e monumentos e na navegação.[1]

[1] Algumas alusões e descrições de doenças do trabalho foram feitas durante os impérios grego e romano. Entre 1400 e 1700 elas se tornaram mais freqüentes e detalhadas, mas a referência clássica é a obra de Ramazzini, publicada em 1700 (Rozen, 1994:39-46, 83-85; Ramazzini, 1971). Após a Revolução Industrial elas se tornaram bastante comuns (Rosen, 1994:157-226).

O que o modo de produção capitalista industrial trouxe de novo foi, ao mesmo tempo, a banalização e seletividade social maior das enfermidades e mortes prematuras por acidentes e doenças do trabalho, muitas então pouco ou nada conhecidas.

São inúmeras e pormenorizadas as descrições sobre as condições de vida da população que migrava em busca de trabalho, trabalhava nas fábricas, morava aos montes em cortiços, procriava em abundância e cujos filhos morriam de doenças infecto-contagiosas, subnutridos e raquíticos, nas infectas cidades industriais no fim do século XVIII e por quase todo o século XIX, ciclo de acumulação primitiva do capital industrial. Nesses aspectos a similaridade da situação e a coincidência de época são tão grandes entre a Grã-Bretanha, França, a então Prússia e os Estados Unidos da América que é impossível negar a paternidade e contemporaneidade de suas determinações.[2]

Essas e outras descrições coincidem, ainda, no registro sobre a presença maciça de mulheres e crianças nas fábricas, sobretudo as têxteis, também não incomum nas minas de carvão. Com a industrialização, milhões de mulheres e crianças, ao lado de homens adultos, passaram a estar sujeitos a acidentes e a inalar gases, vapores e poeiras orgânicas e minerais em jornadas de trabalho exaustivas e extensas, elevando extraordinariamente o número de acidentes e, especialmente, de doenças consumptíveis e respiratórias.

A silicose e as várias pneumoconioses tornaram-se extraordinariamente freqüentes nas indústrias carboníferas, de mineração de ferro e de outros metais, ao mesmo tempo em que se fizeram corriqueiras a bissinose e a asma provocadas pela inalação de poeiras orgânicas nas indústrias de algodão, linho e cânhamo.[3]

Já em meados do século XIX, o número de acidentes e doenças do trabalho crescera de tal modo nas indústrias de mineração, metalurgia e têxtil, que sistemas de reparação financeira às vítimas e familiares começaram a ser implantados. A primeira lei especial foi promulgada em 1884, na Prússia, com Bismarck, instituindo um sistema de compensação às vítimas de acidentes do trabalho sob administração do Estado, provindo os recursos da taxação das empresas. Nas décadas subseqüentes, leis similares foram adotadas na Áustria (1887), Noruega (1894), Inglaterra

---

[2] Marx (1975:260-358); Engels (1985:157-240); Thompson (1988:11-38); Rosen (1994:157-230); Hobsbawm (1977:43-70,127-150).

[3] É nesse contexto que Thackrah publica, em 1831, o primeiro livro sobre saúde ocupacional na Inglaterra, Villarmé (França) e Kay (Inglaterra) estudam doenças pulmonares em trabalhadores têxteis e Chateauneuf e Lombard (França), as doenças ocupacionais e a tuberculose (Rosen, 1994:157-230). Morgan (1975) afirma que as taxas de mortalidade dos trabalhadores têxteis na Inglaterra, em 1897, estavam acima da população geral e que, nos dias atuais, "há pouca dúvida que a bissinose permaneça uma causa significativa de incapacidade e morte" (Morgan & Seaton, 1975).

(1897), França, Dinamarca e Itália (1898), Espanha (1900). Nos Estados Unidos o sistema foi implantado sob a forma de seguro privado com intervenção direta das indústrias, sobretudo das do setor metalúrgico e de aço.[4]

As intoxicações por metais pesados (chumbo, manganês, mercúrio, fósforo etc.) e por substâncias químicas haviam se tornado habituais entre os trabalhadores, obrigando progressivamente à criação de uma legislação específica que caminhou, a duras penas, para o estabelecimento de níveis máximos de tolerância permitidos, com permanente resistência patronal em alterar os processos de produção ou substituir materiais e agentes de nocividade reconhecida. Oposição maior fez e faz o capital à redução do 'tempo de exposição', melhor dir-se-á, 'tempo de sujeição', impondo por muitos anos, em pleno século XX, jornadas de trabalho acima de 12 horas ou mais.

Nos países que primeiro se industrializaram, no final do século XIX e nas primeiras décadas do atual, as doenças infecto-contagiosas e parasitárias, além das epidemias, declinaram. Para tal contribuíram a reforma urbana das cidades industriais e portuárias, a disponibilidade doméstica quase universal de água tratada e de rede de esgoto, a melhoria (discutível) do rendimento da classe trabalhadora, o provimento por parte do Estado de serviços públicos de saúde, com suas campanhas sanitárias de vacinação, expurgo e 'quarentenas' compulsórias e de higienização dos portos. Com a queda da mortalidade infantil e da natalidade, mudou o perfil da morbi-mortalidade da classe trabalhadora e transformou, conseqüentemente, o da população dos países que cedo se industrializaram, em ritmos e tempos diferentes, mas bastante parecidos e próximos.

A intensificação da industrialização, o aperfeiçoamento dos motores de combustão interna, o uso dos combustíveis fósseis, o crescimento da indústria pesada e da indústria química, a exploração intensiva de minérios e da natureza, as grandes obras de engenharia civil, a expansão e desenvolvimento dos transportes, o crescimento das cidades, a expansão do capitalismo para os países colonizados da África, Ásia e Américas, as guerras colonialistas e imperialistas, o crescimento do capital financeiro disponível antes da Primeira Guerra Mundial, que caracterizaram os primeiros 50 anos do segundo ciclo de acumulação capitalista, pré-monopolista, fizeram com que aumentassem extraordinariamente os acidentes e doenças do trabalho. À medida que o capitalismo se expandia para as colônias e países política e economicamente colonizados, em um primeiro momento levou junto as doenças infecto-contagiosas, e ao se industrializarem, os acidentes e doenças do trabalho.[5]

---

[4] Saad (1995:25-48); Berman (1983:90-132).

[5] Navarro & Berman (1983); Stepan (1976:67-100); Costa (1985:19-51); Garcia (1989); Ribeiro & Lacaz (1984:16-44); Faleiros (1992); Laurell (1983); Vilanilam (1983).

Há muitos dogmas, equívocos e pouca discussão sobre a determinação social das doenças infecto-contagiosas e parasitárias, como a malária, a peste, a lepra, a tuberculose, a febre amarela, a varíola, trazidas pelos colonizadores e que acabaram aqui se tornando endêmicas e rotuladas de 'tropicais', fazendo dos índios, dos negros escravizados e dos trabalhadores brancos livres suas principais vítimas. Algumas, como a malária, a esquistossomose e a doença de Chagas são doenças que atingem trabalhadores rurais e suas famílias, que as contraem no trabalho ou porque são obrigados a viver da maneira como vivem e onde vivem. Mas para o sistema normalizador e discriminatório do seguro social e da medicina ocupacional, essas não são doenças do trabalho, mas 'doenças do meio'. Aliás, não faz muito tempo que nem mesmo as resultantes diretas do trabalho industrial mereciam aquela rubrica.

As teorias sobre 'exposição' e 'risco' que vão ganhar sistematização e chancela das correntes epidemiológicas e acadêmicas no decorrer do presente século tem suas origens aí, nos limites estabelecidos pelo capital, mediados pela medicina, sobre o que deve ou não ser considerado como doença e acidente do trabalho, para efeito de tributação e compensação e como devem ser entendidas as demais, tidas como doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, do meio ambiente, tropicais e, mais modernamente, do estresse, do estilo de vida etc.

Nesse meio tempo, à medida que o desenvolvimento capitalista prosseguiu e transpôs fronteiras e mares, no rastro foi deixando um número cada vez maior e freqüente de acidentes e doenças do trabalho a serem catalogados. É, porém, uma contagem individual, caso a caso, que começa entre muros de fábricas e empresas e continua assim, quase secretamente, nas repartições dos ministérios do trabalho e da previdência social ou das empresas de seguro.

De tragédia e problema social, os acidentes e doenças do trabalho passaram a ser questão burocrática de contagem e contabilidade, menos sobre o que fazer ante uma realidade tão dramática que os números de certa forma revelam, e mais sobre como proceder para reduzir seu registro e o pagamento de benefícios. Nem mesmo acidentes e doenças coletivos e catastróficos escaparam da regra de mascarar. Com o advento da indústria pesada que marca tecnologicamente a passagem para o segundo ciclo do desenvolvimento capitalista, os números oficiais ou oficiosos, ao menos dos acidentes típicos de trabalho, mais difíceis de negar ou esconder, se tornaram impressionantes, apesar das práticas de ocultação e subnotificação.

Na viagem inaugural do transatlântico Titanic, o drama dos ricos, que iam a passeio ou a negócios e que constituíram a maior parte dos que se salvaram ocupando os 1.178 lugares disponíveis nos escaleres, para uma necessidade mínima de 2.224 pessoas embarcadas, virou tema de filme, obscurecendo o fato de que a maioria dos

1.513 mortos no naufrágio em 14 de abril de 1912 era de tripulantes e trabalhadores pobres e familiares que migravam e viajavam na segunda e terceira classes. Estima-se haver morrido 10 mil trabalhadores na construção do túnel ferroviário de São Gottardo, que atravessa os Alpes, inaugurado em 1906.[6] Em 25 de março de 1911, dos 500 trabalhadores de uma indústria têxtil que ocupava três dos 10 andares de um edifício na cidade de Nova York, 145 morreram no incêndio de suas instalações, entre outros motivos, pela falta de escadas de serviço. A maioria das vítimas era constituída de mulheres, crianças e migrantes judeus e italianos. Investigação realizada entre 1913-1915 pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, constatou que 60% dos 720 trabalhadores das minas de chumbo e zinco estavam com silicose e que a prevalência dessa doença era bastante elevada entre graniteiros de Vermont e escavadores de túneis do estado de Nova York. Em 1931, na escavação do túnel da Ponte de Gauley, em West Virginia, EUA, morreram 476 trabalhadores com silicose, de evolução extremamente rápida. Outros 1.500 ficaram incapacitados pela doença, a maioria, negra. Detalhe grotesco: para evitar a autópsia e processos indenizáveis por parte dos familiares, foi quase imediato o sepultamento das vítimas, com um tempo médio de três horas entre a ocorrência do óbito e o enterro.[7] De 1919 a 1927, o Departamento de Trabalho dos Estados Unidos registrou números anuais com variações entre 1.277.220 a 1.687.957, de acidentes do trabalho e de mortes que variavam entre 9.392 a 12.531 óbitos. De 1950 a 1973, pelo menos 15.533 trabalhadores ingleses encontraram a morte no trabalho, numa média de duas a três por dia.[8] De 1949 a 1978, na República Federal da Alemanha, foram registrados 72,7 milhões de acidentes e doenças do trabalho, com uma média anual de 2,4 milhões. Daquele total, 65 milhões (90%) foram por acidentes típicos do trabalho, 6 milhões (8,6%) por acidentes de trajeto e 1 milhão (1,4%) por doenças ditas ocupacionais. Dos acidentes típicos de trabalho, 151 mil resultaram em morte, com média anual de 5 mil óbitos. Em 1977, dos 1,8 milhões de acidentes típicos registrados, 2.970 mil (0,2%) resultaram em morte. No mesmo ano, a mortalidade por acidentes de trajeto foi 3,5 vezes maior, pois dos 186 mil ocorridos, 1.305 (0,7%) resultaram em óbito.[9]

---

6 Assenato & Navarro (1983).

7 Berman (1983); Seaton (1975).

8 Clutterbuck (1983).

9 Deppe (1983).

## As doenças e acidentes do trabalho no Brasil

A evolução histórica do adoecimento e da morte na classe trabalhadora dos países capitalistas semiperiféricos ou periféricos, guardadas as peculiaridades de cada um, não tem sido muito diferente da dos países precocemente industrializados, como registram vários autores.[10]

Obviamente, há de se observar, em primeiro lugar, a defasagem de tempo, ritmo e condições históricas e econômico-sociais, além das circunstâncias externas e internas do desenvolvimento capitalista desses países e de suas conseqüências sobre a saúde da população em geral e a dos trabalhadores, em particular.

Alguns assinalamentos quanto às similaridades e diferenças dessas evoluções parecem mais importantes à intenção principal deste texto, qual seja, a descrição da violência do trabalho no capitalismo industrial. De lado, portanto, ficará a questão do trabalho escravo, embora haja referências de que escravos trabalharam na indústria têxtil brasileira em seus primórdios.[11] Mais relevante é apontar o papel do Estado brasileiro, já republicano, que em 1903 cria a Diretoria Geral de Saúde dentro do Ministério da Justiça e a entrega a um médico jovem e voluntarioso, Oswaldo Cruz, para implantar, *manu militari*, políticas estratégicas e ações sistemáticas no campo da saúde pública, restringindo-as a algumas áreas geopolíticas e econômicas críticas. Em 1920, essa diretoria é transformada em Departamento Nacional de Saúde, de alcance bem mais amplo, encarregando-se um brilhante discípulo daquele, Carlos Chagas, de redefinir e balizar estratégias e ações dentro de contextos nacionais e internacionais bem diferentes. Já se vivia o pós-Primeira Guerra Mundial, uma primeira e vitoriosa revolução socialista e caminhava-se celeremente no segundo ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo, para sua fase francamente monopolista, sob a hegemonia dos EUA.

Mas as intervenções do Estado no campo da saúde pública já haviam adquirido na Europa a feição de políticas e ações sistêmicas, no mínimo, há séculos. Inglaterra, França e Alemanha já as vinham praticando, cada uma a seu modo, dentro dos seus territórios, em bases empíricas e sem os conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis no fim do século XIX. À sua maneira, o Brasil Império não deixou de fazê-lo. A epidemia de febre amarela que aportou em 3 de dezembro de 1849 no Rio de Janeiro, com a barca norte-americana Navarre, e tirou a vida de 4.160 pessoas

[10] Laurell (1983); Garcia (1983); Vilanilam (1983); Breilh & Granda (1984:40-44); Castleman (1983); Ribeiro & Lacaz (1984); Laurell & Noriega (1987); Mendes (1995:03-31).

[11] Ribeiro (1988).

em menos de 10 meses, teve das autoridades e dos médicos as providências correspondentes ao conhecimento da época: sangrias, ventosas, purgativos. Cuidou, também, *a posteriori*, de legislar sobre a matéria.[12] Mas como ressalta Rosen,[13] os dois últimos decênios do século passado se constituíram em uma fase áurea para a bacteriologia, quando foram identificados os agentes etiológicos responsabilizados diretamente por uma série de doenças infecciosas e parasitárias, começando pelo do tifo em 1880 e findando com o da febre amarela em 1890. O conhecimento sobre a biologia e formas de transmissão desses microorganismos e das reações que provocavam, permitiram avanços tecnológicos importantes e novas formas de intervenção, algumas de elevada eficácia, como o combate à reprodução desses agentes e de seus vetores e a imunização por meio de vacinas específicas.

Apesar da relevância, não se tratará aqui dessa questão, apenas se indicando a não mera coincidência no Brasil entre a urbanização acelerada, a crescente predominância de doenças infecto-contagiosas e parasitárias e o processo, tardio em alguns decênios, da industrialização do País, igualmente iniciado com a indústria têxtil.

As medidas e campanhas sanitárias levadas a cabo na passagem do século nas cidades portuárias brasileiras, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, visando conter várias dessas doenças, tinham como objetivos primordiais proteger o principal produto de exportação brasileiro, o café, e a importação de produtos manufaturados, controladas hegemonicamente pelo capital estrangeiro. Essas medidas e campanhas acabaram beneficiando, indistintamente, as atividades econômicas dos setores terciário e secundário, não diretamente ligadas ao setor cafeeiro e de importação, ao estabelecer em torno daquelas cidades e portos um 'cordão sanitário' protetor, de relativa eficácia, para a contenção de algumas doenças de comportamento epidêmico que estavam a prejudicar os investimentos de capital, mas que não cumpriam o mesmo papel em relação a outras endêmicas que, embora atingindo duramente a saúde dos trabalhadores, não provocavam o crescimento brusco da morbi-mortalidade, ausências ao trabalho e perturbações para a produção, menos visíveis que eram e mais passíveis de ocultação, como a tuberculose.[14]

A tuberculose permaneceu entre nós, ao menos nos três primeiros decênios do presente século, como uma das principais causas de morte entre todas as doenças transmissíveis sob o 'controle' das autoridades sanitárias, com taxas nunca inferiores a 2:1.000 mortes nas áreas urbanas e suburbanas da cidade do Rio de Janeiro, então capital da República. Medidas draconianas e repressivas foram adotadas com relação

12 Franco (1969:05-21).

13 Rosen (1994:267-370).

14 Costa (1985:53-79).

às doenças epidêmicas, fazendo-as de notificação compulsória, sem a inclusão da tuberculose, mesmo após ser criada, na década de 20, a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. A recomendação feita expressamente aos fiscais e técnicos desse serviço estatal era para manter sob sigilo a identidade do adoecido, registrando apenas suas iniciais, permitindo-se-lhes permanecer trabalhando nas fábricas e oficinas, presumivelmente, mesmo quando seu estado era contagioso. As medidas oficiais, no entanto, estabeleciam a obrigatoriedade do exame bacteriológico do escarro quando da visita aos locais de trabalho, a proibição dos tuberculosos exercerem funções de ensino ou trabalharem em estabelecimento de comércio ou produção de alimentos.

As doenças e acidentes de trabalho sequer eram mencionados pelas autoridades sanitárias e, menos ainda, cogitara o Estado brasileiro de adotar medidas para preveni-los, puni-los ou compensá-los. Quatro tentativas para legislar a matéria foram abortadas, antes que a quinta se tornasse a primeira lei de acidentes, em 1919.

Promulgada em 15 de janeiro de 1919, essa lei responsabilizava os empregadores pela indenização das vítimas, atribuindo à instância policial o registro de tais ocorrências, convalidando as *charges* da época que diziam que as questões do trabalho eram 'caso de polícia'. De qualquer modo, ela inaugura uma nova postura do Estado em face do conflito entre o capital e o trabalho. Não só ela é regulamentada no mesmo ano, como a sucede uma série de leis e decretos na mesma década que configuram um arcabouço jurídico inédito no País. Em 1923 é promulgada a Lei Eloy Chaves, instituindo as caixas de beneficência e assistência médica para várias categorias. No mesmo ano é criado o Conselho Nacional do Trabalho. Em 24 de dezembro de 1925, o decreto legislativo nº 4.982 estabelece o regime de férias para trabalhadores fabris, do comércio e bancos. Em 20 de dezembro de 1926, um outro, de nº 5.109, estabelece o regime de estabilidade no emprego após 10 anos de trabalho. Em 1926, a reforma constitucional institui a competência do Estado de legislar e intervir nas questões do trabalho. Em 1927 é regulamentado o trabalho do menor. Em 1930 é criado o Ministério do Trabalho com a atribuição de, entre outras, fiscalizar os ambientes e condições de trabalho.[15]

Após anos de denúncias e reivindicações dos trabalhadores sobre as condições e ambientes de trabalho fabris, que apareciam somente na imprensa operária e em alguns relatórios do Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo, começam a surgir relatos mais assíduos sobre as doenças do trabalho, agora realizados pelo Departamento Nacional de Trabalho, alguns alusivos a doenças respiratórias na indústria têxtil.[16]

---

[15] Oliveira & Teixeira (1986:35-52).

[16] Ribeiro (1988:147-162).

O decreto de nº 24.637, de 10 de julho de 1934, é o segundo instrumento a legislar sobre os acidentes de trabalho e traz algumas inovações importantes: estende o conceito de acidente às doenças do trabalho, abole a exigência do trabalho como causa única do infortúnio, isto é, abre caminho para a aceitação do princípio da concausa e passa a obrigar o empregador a manter contrato de seguro para cobertura das despesas com indenizações aos trabalhadores acidentados. Dez anos mais tarde, o decreto-lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944 amplia substancialmente os direitos acidentários: obriga o médico que atender o acidentado do trabalho a emitir o atestado competente no início e no fim do tratamento; institui normas de prevenção e higiene do trabalho e de reabilitação profissional; torna mais severas as obrigações do empregador e da seguradora; consagra definitivamente o princípio da concausa do trabalho na ocorrência de acidentes e doenças; estabelece a obrigação de o empregador comunicar todo acidente ou doença profissional à autoridade judiciária etc. Novos instrumentos legais na área acidentária só viriam a acontecer em 1967, portanto, 23 anos depois, em um cenário político nacional e internacional bastante diferente e desfavorável para a classe trabalhadora. Ao contrário daquele que ensejara o decreto anterior, em um período de afrouxamento da ditadura de Vargas e de participação do Brasil na guerra mundial contra o nazi-fascismo, passáramos, desde 1964, a viver sob uma ditadura militar francamente alinhada à 'guerra fria' dos países capitalistas centrais que haviam ingressado em pleno ciclo de desenvolvimento oligopólico e de intervenção política franca e, não raramente, armada nos países periféricos menos alinhados às suas políticas. Não seria, pois, surpreendente que os novos instrumentos legais objetivassem a retirada ou minimização de direitos e benefícios acidentários e trabalhistas. O caráter derrogatório e centralizador do primeiro dessa nova série de decretos-lei e decretos, de nº 5.316, de 14 de fevereiro de 1967, é bastante evidente. A competência do julgamento das demandas acidentárias passou da justiça estadual para a federal e tornou impositivo o recurso administrativo antes de pretensões em juízo.

Compelido pelas falências de duas seguradoras, a Segurança Industrial e a Protetora, uma nova lei estatiza o seguro acidentário que, assim, passa para a previdência social estatal, mas dentro da lógica da acumulação de capital os benefícios a serem pagos aos trabalhadores pela incapacidade provocada pelos acidentes de trabalho caem drasticamente de valor. Outro decreto, de nº 893, de 26 de setembro de 1969, entre outras perdas, restringe ainda mais a concessão de benefícios quanto à incapacidade de trabalho, subordinando-a ao estabelecimento da causalidade direta pelo trabalho e também revoga a obrigatoriedade de aproveitamento do acidentado pelo empregador.

A partir desse cenário, não causou surpresa a queda do número de ações de acidentes propostas em juízo. Em 1965, na comarca de São Paulo, tinha havido 21.853 ações propostas. Em 1975 elas caem para 6.414, justo no ano em que o número de acidentes do trabalho no País se colocara acima de 1,9 milhão.

O retrocesso da legislação de acidentes prosseguiu com a lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976. A reparação de até 25% por incapacidade menor foi simplesmente eliminada, os auxílios acidentários reduzidos, as doenças relacionadas ao trabalho desclassificadas, restritas novamente às "doenças profissionais".[17]

O recuo da legislação pós-1967 parece traduzir uma tendência de se abolir a responsabilidade da previdência social estatal para com os acidentes do trabalho, igualando os benefícios acidentários aos benefícios previdenciários ordinários e remetendo os trabalhadores acidentados à justiça comum, para pleitearem dos seus empregadores as indenizações pelos acidentes de trabalho, retroagindo à legislação de acidentes de 1919, invocando, no caso, o ato culposo do empregador ou preposto, muito difícil de comprovação em juízo.

Em termos conceituais, ainda prevalece na legislação acidentária brasileira a doutrina da responsabilidade objetiva, ou seja, a vítima deve ser ressarcida financeiramente do dano, independente da culpa e culpados. Para isso o empregador contribui para o seguro social, por meio, inclusive, de uma taxa acidentária diferenciada e proporcional ao 'risco profissional' de o trabalhador se acidentar ou adoecer; mas ela caminha, parece que inexoravelmente, para a doutrina do 'risco social', em tese mais abrangente e generosa, difícil de vigorar em países periféricos de capitalismo tardio, onde os benefícios sociais de qualquer natureza são escassos e ainda mais escassos vêm se tornando. Tal retrocesso não foi interrompido com o fim do regime militar; ao contrário, a tendência parece haver se acentuado na presente década, com as políticas neoliberais vigentes. No entanto, nem a nova tendência, nem a anterior, apaga o significado e importância do fenômeno que as geraram, qual seja, o crescimento do número e gravidade dos acidentes e doenças do trabalho que acompanharam o segundo ciclo do desenvolvimento do capitalismo industrial no Brasil, que tem, também aqui, a instalação da indústria pesada como um dos seus marcos.

Na década de 30, o Estado brasileiro assumiu uma postura condizente com seu papel de agente promotor do desenvolvimento capitalista industrial e de 'mediador' do conflito entre o capital e trabalho. Uma das estratégias que adotou para reduzir a temperatura desse conflito, foi instituir um sistema de previdência social e assistência médica, criando os institutos de aposentadoria e previdência social por categoria,

---

[17] Ribeiro & Lacaz (1984:15-44).

começando pelo dos marítimos em 1933 e dos bancários em 1934. Perfilava-se, assim, às imposições e necessidades similares àquelas dos países europeus industrializados, embora em conjunturas e contextos político-econômicos e sociais internacionais e nacionais outros. Esse sistema 'reparador' haveria, por isso, de ter características muito particulares. Superavitário desde a criação das caixas beneficentes previstas com a Lei Eloy Chaves, o sistema, após os anos 30, vai funcionar como instrumento de capitalização e investimentos para a criação de grandes empresas do Estado nos setores elétricos, siderúrgico e ferroviário. Em suma, o sistema, em sua origem reparador das agruras do trabalho, passou a financiar, via Estado, o desenvolvimento do capital.[18]

Percebe-se, tomando como referência os aspectos mais visíveis da morbi-mortalidade da classe trabalhadora, que ela tem uma evolução que acompanha o desenvolvimento capitalista e que os instrumentos de enfrentamento de suas mazelas são mais ou menos os mesmos. Parece evidente que na fase de acumulação primitiva do capitalismo industrial, também entre nós, predominavam as doenças originárias diretamente do baixo consumo de bens e serviços, das condições de vida e classe, ainda que estivessem presentes e em ascensão os acidentes e doenças do trabalho, entre essas, as respiratórias, provocadas por poeiras orgânicas e minerais. Na segunda fase, de acumulação mais acelerada e pré-monopolista, e na seguinte, de franca monopolização, os acidentes e doenças do trabalho ganharam a primazia e aquelas outras passaram a uma posição secundária. Esses ciclos são marcados pela 'violência explícita do trabalho'.

Essa violência atinge diretamente o corpo do trabalhador, obrigado a condições miseráveis de vida e trabalho. Ele e seus familiares adoecem e morrem de enfermidades determinadas pelo baixo consumo que seu salário impõe ou de doenças e acidentes típicos do trabalho. Não há sutileza nessa patogenia onipresente do trabalho, que determina os modos de viver e invade e impacta o corpo, por meio de poeiras, gases, vapores, ruídos, calor, atritos, queda, esforços, tensões e pressões, provocando lesões do ouvido, olhos, pele, músculos, tendões, articulações, nervos, vasos, cérebro e psiquismo.[19]

Agora, também com defasagem de tempo e sem concluir o ciclo anterior, o Brasil adentra em um outro ciclo de desenvolvimento capitalista, marcado sob o ponto de vista da produção, pela rápida incorporação de tecnologias de automação

---

18 "Dado o grande montante de recursos mobilizados e o tamanho das reservas investidos, a Previdência Social foi se transformando, aos poucos, num dos mais importantes 'sócios' da União e das empresas semi-estatais que Vargas faz nascer. Em outras palavras, a Previdência tornou-se um mecanismo de acumulação financeira em mãos do Estado, graças ao 'regime de capitalização'." (Oliveira & Teixeira, 1985).

19 Ribeiro & Lacaz (1984).

e informatização eletroeletrônica e nova organização do trabalho, com profundos reflexos sobre o trabalho e a vida das pessoas. Esta defasagem de desenvolvimento industrial, científico e tecnológico, talvez irrecuperável e estimada em algumas dezenas de anos, traz implícita a manutenção das mazelas precedentes expressas nos indicadores vitais, sociais e sanitários. As elevadas taxas de mortalidade infantil que em alguns estados brasileiros se aproximam daquelas da Inglaterra na primeira metade do século XIX, a persistência de doenças endoepidêmicas como a cólera, a tuberculose e a lepra, paralelamente ao número atual de acidentes e doenças incapacitantes ou mortais, evidenciam uma transição não apenas lenta, mas amarga e difícil, da morbi-mortalidade brasileira.

Vários autores vêm procurando analisar significados e tendências dos acidentes e doenças do trabalho no Brasil, com base nas estatísticas oficiais que passaram a ser publicadas com regularidade nos anuários estatísticos a partir de 1971. Para os que fazem essa análise partindo da tese da existência de uma flagrante desigualdade nas relações conflituosas entre o capital e o trabalho e dos grandes interesses econômicos e políticos em jogo, o corolário é que as empresas os ocultam e subnotificam e as seguradoras estatais e privadas os desqualificam. Assim, pressupostamente, há uma enorme e desconhecida subestimação desses infortúnios, mesmo para os mais típicos deles, os acidentes, quaisquer que sejam os números e variações anuais ou periódicos anunciados oficialmente.[20]

Seguramente, nesse grupo de analistas há mais consenso do que dissenso sobre as causas das presumidas diferenças e variações entre os números reais e os notificados de acidentes e doenças do trabalho nacionais.

**Tabela 1 – Acidentes do trabalho urbanos registrados no Brasil, segundo a natureza – 1971-1995**

| | Acidentes Tipo | | Acidentes de Trajeto | | Doenças do Trabalho | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANO | nº | % | nº | % | nº | % | nº |
| 1971 | 1.306.335 | 98,3 | 18.136 | 1,3 | 4.050 | 0,3 | 1.330.523 |
| 1972 | 1.479.316 | 98,3 | 23.016 | 1,5 | 2.389 | 0,1 | 1.504.723 |
| 1973 | 1.602.517 | 96,1 | 28.395 | 1,7 | 1.784 | 0,1 | 1.632.697 |
| 1974 | 1.756.649 | 97,7 | 36.273 | 2,1 | 1.839 | 0,1 | 1.796.761 |
| 1975 | 1.869.689 | 97,5 | 44.307 | 2,3 | 2.191 | 0,1 | 1.916.187 |

(continua)

[20] Ribeiro & Lacaz (1984:65-85); Ribeiro (1994); Wünsch Filho (1995).

| | Acidentes Tipo | | Acidentes de Trajeto | | Doenças do Trabalho | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANO | nº | % | nº | % | nº | % | nº |
| 1976 | 1.692.833 | 97,0 | 48.394 | 2,7 | 2.598 | 0,1 | 1.743.825 |
| 1977 | 1.562.957 | 96,7 | 48.780 | 3,0 | 3.013 | 0,1 | 1.614.750 |
| 1978 | 1.497.934 | 96,5 | 48.551 | 3,1 | 5.016 | 0,3 | 1.551.501 |
| 1979 | 1.388.527 | 96,1 | 52.279 | 3,6 | 3.823 | 0,2 | 1.444.627 |
| 1980 | 1.404.531 | 95,9 | 55.967 | 3,8 | 3.713 | 0,2 | 1.464.211 |
| 1981 | 1.215.539 | 95,6 | 51.722 | 4,0 | 3.204 | 0,2 | 1.270.465 |
| 1982 | 1.117.822 | 94,8 | 57.874 | 4,9 | 2.766 | 0,2 | 1.178.472 |
| 1983 | 943.110 | 94,0 | 56.989 | 5,6 | 3.016 | 0,3 | 1.003.115 |
| 1984 | 901.238 | 93,7 | 57.054 | 5,9 | 3.283 | 0,3 | 961.575 |
| 1985 | 1.010.340 | 93,7 | 63.515 | 5,8 | 4.006 | 0,3 | 1.077.861 |
| 1986 | 1.129.152 | 93,4 | 72.702 | 6,0 | 6.014 | 0,5 | 1.207.868 |
| 1987 | 1.065.912 | 93,7 | 64.830 | 5,7 | 6.382 | 0,5 | 1.137.124 |
| 1988 | 927.424 | 93,4 | 60.284 | 6,0 | 5.029 | 0,5 | 992.737 |
| 1989 | 732.635 | 92,6 | 51.592 | 6,5 | 5.600 | 0,8 | 790.327 |
| 1990 | 632.012 | 91,1 | 56.343 | 8,1 | 5.217 | 0,7 | 693.572 |
| 1991 | 579.362 | 83,6 | 46.679 | 6,7 | 5.215 | 0,7 | 692.322 |
| 1992 | 490.916 | 92,1 | 33.299 | 6,2 | 8.299 | 1,5 | 532.514 |
| 1993* | 386.025 | 90,4 | 11.111 | 2,6 | 29.824 | 6,9 | 426.960 |
| 1994 | 350.210 | 90.1 | 15.270 | 3,9 | 22.824 | 5,8 | 388.304 |
| 1995** | 374.700 | 88,3 | 20.646 | 4,8 | 28.791 | 6,7 | 424.137 |

* Dados parciais do MS, MA, AM, RN, SC, RO, AL, CE, RJ, RS E DF

** Dados parciais do MA, RS e DF

Fontes: 1. PNAD/IBGE. Anuários Estatísticos do Brasil/IBGE – 1972-1995

2. Beat e Dataprev

Parece consensual que o número e a gravidade dos acidentes se elevam com o crescimento das atividades industriais de transformação, sobretudo metal-metalúrgica e da construção civil. Esse dois ramos juntos, ao menos em 1978, foram responsáveis por 56% dos 'acidentes tipo' no setor industrial e 37% de todos os 'acidentes tipo' ocorridos. Algumas das variações para cima e para baixo da série apresentada anteriormente decorreria de fases alternadas e irregulares de crescimento e recessão econômica e industrial. Eles seriam em maior número nas pequenas e médias empresas que nas grandes, provavelmente em decorrência da fadiga agravada pela extensão da jornada de trabalho[21] e também pela obsolescência do maquinário. A

[21] Mendes (1975); Possas (1981:117-179).

informalidade das relações do trabalho no setor primário – bastante freqüente na construção civil, particularmente nas pequenas obras – e em vários ramos do setor terciário, como o trabalho doméstico, deixa esses eventos fora dos registros oficiais. A terceirização da produção por si mesma, e por favorecer a informalidade e o aumento da rotatividade do trabalho, contribui também para a subnotificação.[22]

A normalização promovida pela previdência social, com base na legislação saltitante, vem alterando os conceitos sobre o que seja ou não acidente de trabalho, quem deve, o que deve e quando deve notificar, favorecendo o sub-registro. Nas grandes e médias indústrias, seja pela incorporação de inovações tecnológicas, seja pela redução do número de trabalhadores ou por novos métodos de controle do trabalho, o número de acidentes pode estar decrescendo; mas a subnotificação é presumivelmente grande, facilitada pelo medo da perda do emprego, o que faz com que diminua a cobrança por parte do trabalhador para que a empresa emita a comunicação nos casos de acidentes leves – que não implicam afastamento prolongado –, como ocorre com 96% dos acidentes notificados numa média histórica de 20 anos, 82% implicando incapacidade temporária e 14% em simples assistência médica, como é demonstrada na Tabela 2.

Não há certeza, porém, se a somatória dessas causas explica inteiramente o divórcio entre o decréscimo tão grande dos acidentes tipo nestas duas décadas e o crescimento lento, mas contínuo, da massa absoluta de contribuintes da previdência social da União na década de 80, crescimento este maior no setor terciário, menos sujeito a acidentes dessa natureza, porém expressivo no setor industrial. Na presente década, com o aumento da informalidade das relações de emprego, do desemprego e da recessão, tal crescimento foi detido. Em 1996, a massa de contribuintes coberta pelo seguro-acidente era da ordem de 19,6 milhões, ou seja, um quarto da População Economicamente Ativa (PEA) do País.

Algumas palavras finais sobre as estatísticas referentes aos óbitos e doenças tipificadas como do trabalho. Os primeiros estiveram na ordem dos quatro mil em quase todos os anos após 1978, para caírem para o patamar dos três mil em 1992 e atingir os cinco mil em 1990. Quanto às segundas, a tendência verificada de 10 anos para cá, principalmente nos cinco últimos, é o de um franco aumento, possivelmente em razão da crescente notificação das Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Os últimos dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), mesmo excluindo três estados menores, revelam ter ocorrido, em 1995, um total de 20.646 notificações de doenças do trabalho, acima do dobro das registradas em 1992 e quatro vezes maior que as comunicadas em 1990.

---

[22] Ribeiro & Lacaz (1984); Ribeiro (1994); Wünsch Filho (1995); Lacaz (1997).

Tabela 2 – Acidentes do trabalho liquidados pelo INSS, segundo a conseqüência – 1972-1989

| ANO | SAM | | IT | | IP | | ÓBITOS | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % | nº |
| 1972 | 183.307 | 12,0 | 1.292.783 | 84,7 | 46.452 | 3,0 | 2.938 | 0,1 | 1.525.480 |
| 1973 | 149.811 | 9,1 | 1.428.432 | 87,0 | 58.829 | 3,5 | 3.122 | 0,1 | 1.640.194 |
| 1974 | 158.858 | 8,5 | 1.607.357 | 87,6 | 65.354 | 3,5 | 3.764 | 0,2 | 1.833.333 |
| 1975 | 168.371 | 9,0 | 1.625.797 | 86,9 | 70.810 | 3,7 | 3.942 | 0,2 | 1.868.920 |
| 1976 | 168.002 | 9,5 | 1.521.155 | 86,4 | 65.927 | 3,7 | 3.900 | 0,2 | 1.758.984 |
| 1977 | 206.526 | 12,5 | 1.397.912 | 85,0 | 34.415 | 2,0 | 4.455 | 0,2 | 1.643.298 |
| 1978 | 242.433 | 15,2 | 1.293.889 | 82,8 | 21.091 | 1,3 | 4.342 | 0,2 | 1.561.765 |
| 1979 | 198.946 | 13,4 | 1.250.677 | 84,7 | 21.790 | 1,4 | 4.673 | 0,3 | 1.476.056 |
| 1980 | 207.371 | 13,7 | 1.265.468 | 84,0 | 27.925 | 1,8 | 4.824 | 0,3 | 1.505.588 |
| 1981 | 166.613 | 12,8 | 1.100.193 | 84,5 | 29.921 | 2,2 | 4.808 | 0,3 | 1.301.535 |
| 1982 | 140.123 | 11,5 | 1.042.487 | 85,5 | 31.816 | 2,6 | 4.496 | 0,3 | 1.218.922 |
| 1983 | 124.134 | 11,8 | 891.963 | 84,9 | 30.166 | 2,8 | 4.214 | 0,4 | 1.050.477 |
| 1984 | 131.179 | 12,8 | 855.201 | 83,8 | 28.628 | 2,8 | 4.508 | 0,4 | 1.019.516 |
| 1985 | 153.209 | 14,0 | 906.833 | 83,0 | 27.284 | 2,5 | 4.384 | 0,4 | 1.091.710 |
| 1986 | 164.033 | 13,7 | 1.000.280 | 83,8 | 24.190 | 2,0 | 4.680 | 0,4 | 1.193.183 |
| 1987 | 170.613 | 14,5 | 975.849 | 83,0 | 23.150 | 1,9 | 5.238 | 0,4 | 1.174.850 |
| 1988 | 147.415 | 14,5 | 839.370 | 82,9 | 20.875 | 2,0 | 4.616 | 0,4 | 1.012.276 |
| 1989 | 125.412 | 15,4 | 663.515 | 81,6 | 19.541 | 2,3 | 4.091 | 0,5 | 812.559 |

SAM: Simples Assistência Médica; IT: Incapacidade Temporária; IP: Incapacidade Permanente.
Fonte: PNAD/IBGE. Anuários Estatísticos do Brasil – IBGE

A difícil comprovação da concausa do trabalho e a recusa habitual por parte da previdência social em aceitá-la como explicação para o aparecimento ou recrudescimento de doenças não tipificadas como ocupacionais, com base na legislação acidentária, cada vez menos diferenciada, têm dificultado a notificação das doenças do trabalho e o reconhecimento da incapacidade, obtida agora quase unicamente em juízo.

Em 1975, quando a taxa de doenças incapacitantes em relação ao número de segurados era da ordem de 74:1.000, as neuroses, doenças hipertensivas, osteoartroses, epilepsia e tuberculose foram tidas como responsáveis por 33% dos casos de incapacidade. Mas nunca, nem mesmo as doenças tipificadas como do trabalho, tiveram trânsito fácil na previdência social. Por exemplo, a bissinose e a asma provocadas

pela aspiração de poeiras de algodão cru, sabidamente tão habituais na indústria têxtil e a asbestose, também freqüente no processamento do amianto, excepcionalmente têm sido diagnosticadas no Brasil.[23]

O atual ciclo de acumulação capitalista é caracterizado pela oligopolização e nítida predominância do capital financeiro e especulativo. Como os anteriores, ele tem desdobramentos e interações nos campos da ciência e da tecnologia, dos processos de produção, circulação e comércio das mercadorias, das políticas públicas, sociais, da cultura e dos costumes. Energia nuclear, automação acelerada, robótica, desenvolvimento da eletroeletrônica, informática e telemática, flexibilização da produção, fusão de empresas, globalização dos mercados e do capital, produção e comercialização de produtos voltados para o consumo rápido, sejam de bens, serviços, arte e lazer; redução dos impostos e cargas fiscais das empresas, diminuição do tamanho do Estado e dos investimentos e encargos públicos sociais e previdenciários, desregulamentação das relações do capital com o trabalho e afastamento do Estado da sua antiga condição de intermediador, desqualificação maior do trabalho para a maioria dos trabalhadores e um discurso consensual da mídia, também oligopolizada, sobre a excelência do "livre mercado", como doutrina e princípio de tudo, são algumas características do atual período.[24]

Como nos ciclos precedentes, também esse não ocorre de modo simultâneo e uniforme em todos os países desenvolvidos ou não. Há defasagens de tempo, de espaço, de qualidade, de estratégias e também de dificuldades, resistências e conflitos. Afinal, os oligopólios não eliminaram as contradições, nem mesmo no campo do capital. Existem outras, nos campos da política, das nacionalidades, etnias, religiões e culturas que estão irrompendo com uma força surpreendente. E essas não são poucas, principalmente nos países periféricos. Persistem muitos aspectos do 'velho' nesse mar de pós-modernidade e globalização. 'Velhos' são os princípios, os objetivos e as conseqüências do capitalismo, como a exploração do trabalho, o acúmulo do capital, o desemprego crescente, a doença e a morte antes do tempo, agora também por doenças menos visíveis, mais sutis, que atingem o corpo e a mente dos trabalhadores de outras maneiras. Mas isso nunca aconteceu sem resistências.

[23] Nogueira et al. (1973); Nogueira et al. (1975).

[24] Cohn (1995); Laurell (1995).

# 1 Da Violência Explícita à Oculta

*Qual alquimia social por trás da transformação dessas invenções destinadas a poupar trabalho humano em máquinas de empobrecimento? Um fato bruto, como por exemplo, uma colheita ruim, pode parecer estar além do controle humano. Mas a forma com que os fatos se desenrolaram ocorreu sob um complexo particular de relações humanas: direito, propriedade, poder. Quando encontramos alguma frase sonora como 'os fortes fluxos e refluxos do ciclo econômico', temos que nos manter precavidos, pois, por trás desse ciclo, existe uma estrutura de relações sociais que fomenta certas formas de expropriação (renda, interesse e lucro) e descarta outras (roubo, direitos feudais), legitimando certas espécies de conflito (competições, guerras) e inibindo outras (sindicalismo, motins reivindicando pão, organização política popular) – uma estrutura que pode parecer, simultaneamente, bárbara e efêmera para um observador do futuro.*

Thompson (1988:30)

Nessa "Era dos Extremos", como a chamou Hobsbawm (1995), não só emergiu em todo o mundo o movimento trabalhista, como aconteceram duas grandes guerras mundiais, guerras e lutas anticolonialistas na Ásia, África e América, revoluções socialistas na Rússia, China e Cuba que ultrapassaram a década de 50, todas com a utopia de liquidar com o sistema capitalista, a propriedade privada dos meios de produção e colocar no poder a classe trabalhadora.

Se considerarmos como medida o extraordinário desenvolvimento do capitalismo, que nesse estertor de século parece mais firme do que nunca, essas revoluções – apesar dos seus insucessos – e o movimento trabalhista nos países capitalistas que elas influenciaram, tiveram enorme significado e conseqüências dificilmente escamoteáveis.[25]

---

[25] Blackburn (1993).

Embora persistam formas de violência explícita e dolosa, como espancamentos, execuções sumárias e crimes de toda ordem perpetradas pelo Estado ou por seus agentes, algumas com caráter de genocídios francos, como massacres e bombardeios que fazem duvidar dos valores e da estabilidade da sociedade moderna, há uma consciência muito viva contra tais horrores e muito do ideário revolucionário e reformista foi transformado em direitos da classe trabalhadora e das camadas mais despossuídas das populações do mundo inteiro.

O Estado, principalmente nos países capitalistas da Europa, sobretudo os nórdicos, até a década de 80 fez largos e crescentes investimentos para garantir bens e direitos públicos no campo da educação, saúde, transporte, previdência e lazer, configurando uma política conhecida como de Bem-Estar Social. Tais investimentos chegaram a corresponder a 40% do produto interno bruto em alguns desses países, graças a uma política fiscal e de taxação sobre o capital, apoiada pela classe trabalhadora.

Mesmo ocupando um papel historicamente secundário e tardio dentro do conjunto dos países capitalistas, o Brasil não deixou de assimilar alguns desses avanços. As legislações acidentária e previdenciária brasileiras são conseqüência tanto do movimento revolucionário e trabalhista internacional contemporâneo, como do modo particular com que no País as forças sociais em jogo, principalmente o patronato e seus aliados de um lado, a classe trabalhadora do outro e o Estado de permeio, lidaram com o conflito permanente entre capital e trabalho.

O marco inicial mais expressivo do inconformismo da classe trabalhadora brasileira parece ter sido a greve geral de 1917 em São Paulo, que assinala para alguns a existência de uma população de trabalhadores agindo com consciência de classe social. Depois dessa greve, aparentemente derrotada, emerge a primeira lei acidentária e, subseqüentemente, toda uma legislação infortunística, trabalhista e previdenciária.[26]

A discussão sobre as necessidades e bens comuns da população em diversas áreas e a criação de organismos com a finalidade de provê-las, a despeito de sua eficácia sempre relativa, espelham a evolução de conceitos e de direitos no campo da *res publica*, isto é, do reconhecimento sobre a existência, não necessariamente material, das coisas, bens e espaços públicos.[27]

O que caracteriza um bem público é o seu caráter abstrato, não apropriável, indivisível e invendável, não tendo o atributo de materialidade concreta do seu oposto, o bem de consumo ou mercadoria. Bens públicos são, entre outros, a educação, a saúde, a capacidade de trabalho, a segurança, a justiça, o meio ambiente e o lazer. Sua fruição pretende-se sempre coletiva e igual porque resulta de necessidades sociais fun-

[26] Fausto (1977:133-156, 192-216).

[27] Bobbio (1995:13-31).

damentais. Proteger, promover e recuperar esses bens quando perdidos é responsabilidade do Estado, por intermédio de meios e instrumentos adequados, alguns obrigatoriamente estatais, como os da administração da justiça e da segurança pública, outros não necessariamente, mas regulamentados, providos financeiramente e fiscalizados por ele. O Estado, em parte, existe para garantir esses bens e essencialmente por tais razões é que todo cidadão paga impostos.

No escravagismo, a propriedade se estendia aos escravizados, mas na sociedade industrial ela se restringe aos bens materiais e nas empresas se circunscreve às instalações físicas, materiais, instrumentos de produção e objetos produzidos. Este é seu campo de posse, sejam elas estatais ou privadas.

A despeito da automação, o que faz da empresa uma unidade de produção de bens materiais ou de serviços é o trabalhador, cidadão livre mas sujeitado no trabalho e socialmente, que para viver precisa vender sua força de trabalho. Por isso, o capitalista compra e o trabalhador vende horas de sua capacidade de trabalho. Para vendê-las precisa ter alguma capacidade técnica de fazer e a saúde indispensável para que a coisa seja feita. Comprometer a saúde significa perder a possibilidade de vender horas de capacidade de trabalho com repercussões imediatas em sua vida, na dos seus familiares e na da sociedade que, de uma ou outra maneira, ajudou a construí-la e assume, previdenciária ou societariamente, sua perda. Daí porque a presença do trabalhador dentro de qualquer empresa cria, imperiosamente, um 'espaço público', pelos bens públicos que ele porta.

A presença de bens públicos dentro das empresas significa que processos de produção e organização de trabalho devem ser controlados socialmente e de modo permanente, sobretudo pelos que têm a responsabilidade maior de garanti-los e preservá-los: a própria empresa, o Estado, a sociedade e o trabalhador.

Toda a legislação internacional e nacional limitando a jornada de trabalho, restringindo o trabalho de homens, mulheres e crianças em condições e ambientes insalubres, proibindo o uso de determinados materiais e processos, fixando 'níveis de tolerância' para determinados agentes nocivos do trabalho, normalizando os tempos e períodos de trabalho e aposentadorias, obrigando a contagem de acidentados e adoecidos e impondo sistemas de taxação diferenciados e regimes de seguridade, em que pese a heterogeneidade – além de revelar o conflito entre o capital e o trabalho –, tem o mérito intrínseco de consagrar doutrinariamente a capacidade de trabalho como um bem público e conferir à sociedade, aos trabalhadores organizados e ao Estado o poder de intervenção na empresa para a preservação desse bem.

Quando nos últimos decênios os sindicatos operários japoneses negociaram a criação de coletivos de base, os franceses, as comissões de fábrica e no Brasil se legislou sobre a constituição dos serviços especializados de medicina e segurança do

trabalho e das Cor ..s Internas de Acidentes (CIPAS), o princípio d........ário que gerou a construção desses instrumentos, independentemente de sua eficácia, foi o reconhecimento da sociedade sobre a existência de um espaço dentro da empresa que, por ser público, é passível de alguma forma de intervenção. É esse mesmo princípio que concede ao Estado o direito de taxação acidentária, de acordo com o risco de acidentes e doenças do trabalho, para prover-se de recursos financeiros que façam possível essa intervenção.

Obviamente, entre a doutrina do direito, o espírito da lei, o contexto político, a interpretação do texto jurídico e seu cumprimento, existem distâncias muito grandes, invariavelmente preenchidas pela parte que detém maior poder. A redução dessas distâncias é uma obra política e não é raro que os movimentos sociais invertam a ordem das coisas e direitos se antecipem às leis.

A medicina, e mais particularmente a disciplina que surgiu para tratar da matéria, a medicina ocupacional, além dos vários ramos do direito que lidam com o assunto: o acidentário, previdenciário, criminal e civil, exigem a comprovação do nexo entre a causa – o trabalho – e seu efeito – o acidente ou a doença –, para que haja a geração de responsabilidades, direitos e benefícios. O reconhecimento da causalidade, tradicionalmente, diz respeito ao processo material da produção, isto é, ao manuseio de equipamentos, materiais e processos de transformação aos quais fica sujeito o trabalhador enquanto trabalha, conquanto o reconhecimento, por extensão, do acidente de trajeto como acidente do trabalho subverta em boa hora esse tradicionalismo.

Apesar de a legislação acidentária discursar sobre a prevenção de doenças e acidentes do trabalho e sobre a prioridade que deve ser dada aos métodos de proteção coletiva que incidiriam sobre instalações, equipamentos e processos, ou seja, sobre os bens de produção e sua dinâmica, o que a empresa faz e a legislação legitima é que o próprio trabalhador se resguarde, usando Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre incômodos, de eficácia duvidosa ou parcial. Em caso de doença ou acidente, se vivo estiver, deverá comprovar que o fez, sob o risco de não fazer jus aos direitos e 'benefícios', invariavelmente pecuniários, que a lei faculta. Apesar de vítima, cabe-lhe, como se vê, o ônus da prova. O reconhecimento da causalidade ou 'risco' diz respeito, segundo a legislação, ao processo de trabalho em si, à manipulação de equipamentos e materiais em determinado espaço e momento que comprovadamente provoque danos à saúde ou morte por acidente.

Processos de produção similares presume-se ter conseqüências idênticas sobre a saúde, mas serão menores ou maiores em decorrência da organização do trabalho. Não por acaso empresas do mesmo ramo apresentam freqüências e gravidade diferentes de acidentes e doenças do trabalho. Ou seja, a questão da doença, acidentes e

mortes conseqüentes ao trabalho não se restringe, exclusivamente, à materialidade do processo, mas também à organização do trabalho, determinada por relações sociais dentro e fora do trabalho.

Historicamente, processo de produção e administração do trabalho caminham juntos, condicionadas pelo desenvolvimento industrial e tecnológico e pelos conflitos sociais do capitalismo em cada país. Nos limites dessa determinação maior e obedientes às conjunturas internas, cada um pode, no entanto, ter processos de produção e organização de trabalho diferentes dos outros. Mesmo dentro de um mesmo país, sempre sujeito às externalidades econômicas, políticas, sociais e científico-tecnológicas, empresas de um mesmo ramo podem ter flexibilidade diferente para incorporar e adequar tecnologias, a depender das próprias condições econômico-financeiras e da organização e resistência interna e externa dos trabalhadores. É a partir daí que são definidos os limites possíveis das mudanças nos processos de produção e organização do trabalho.

Embora processos de produção e organização de trabalho tenham correspondência entre si, essa associação recíproca, habitualmente presente, não significa interdependência absoluta. Em princípio, pode-se usar trabalho escravo, ou, como ocorreu na Segunda Guerra Mundial, trabalho de prisioneiros em indústrias com elevado nível de tecnologia e automação. Essas, porém, são situações francamente dolosas e, ainda bem, cada vez mais raras. As exceções citadas são para advertir sobre a tese do determinismo tecnológico, entendendo-o como capaz de eliminar relações sociais muito atrasadas e lesivas aos trabalhadores, dando-lhe um caráter revolucionário em si, cujas inovações tecnológicas não têm.

No Japão, antes de seu ingresso na era da informática, o capital fez uso do tradicionalismo sociocultural e da modernidade técnica para organizar a produção e o trabalho numa versão peculiar do taylorismo-fordismo tradicional, induzindo à polivalência e qualificação dos trabalhadores, lastreadas socialmente na vitaliciedade do emprego, o que facilitou uma incorporação tecnológica menos traumática, sem desemprego ou demissões em massa como viria a ocorrer nos países industrializados do Ocidente.[28]

De qualquer modo, em todos os países capitalistas, as mudanças dos processos de produção e da organização do trabalho nos diversos períodos de evolução e crise do capitalismo recortam, como sombras, os perfis de morbi-mortalidade do trabalho, a tal ponto que se pode, também, com as devidas reservas, periodizá-los:

---

[28] Hirata & Zarifian (1991).

**Quadro 1 – Ordem de prevalência de morbidade e mortalidade no capitalismo**

| | |
|---|---|
| Primeiro Ciclo (1780 a 1870) | Doenças e mortes de causalidade infecto-contagiosa, parasitária e carencial<br>Doenças e mortes acidentais ou intencionais<br>Doenças e mortes sem causalidade estabelecida |
| Segundo Ciclo (1870 a 1950) | Doenças e mortes acidentais ou intencionais<br>Doenças e mortes de causalidade infecto-contagiosa, parasitária e carencial<br>Doenças e mortes sem causalidade estabelecida |
| Terceiro Ciclo (1950 a .... ) | Doenças sem causalidade estabelecida<br>Doenças e mortes acidentais ou intencionais<br>Doenças e mortes de causalidade infecto-contagiosa, parasitária e carencial |

Na fase de acumulação primitiva de capital, correspondente ao primeiro ciclo da Revolução Industrial, ocorrido nos países precocemente industrializados, mais ou menos entre 1780 e 1870, predominaram as doenças infecto-contagiosas, parasitárias e por subnutrição, seguidas por doenças típicas do trabalho, especialmente aquelas relacionadas a inalações de poeiras minerais e orgânicas e, menos freqüentemente, por 'acidentes tipo' de trabalho.

No ciclo seguinte, de acelerada acumulação de capital, pré-monopolista, entre os anos de 1870 e 1920 e monopolista entre 1920 a 1950, caracterizado tecnologicamente pela indústria pesada de bens de capital, passaram a prevalecer as doenças explícitas do trabalho – embora insuficientemente reconhecidas e contabilizadas e não necessariamente com a mesma causalidade do ciclo precedente – e, também, os 'acidentes tipo' de trabalho e os acidentes de ida e volta do trabalho. As doenças infecto-contagiosas, parasitárias e prevalentes no ciclo inicial, tiveram enorme declínio.

No atual, francamente oligopolista, iniciado em torno de 1950 e acelerado a partir de 1970, a prevalência maior continua sendo dos acidentes típicos do trabalho, mas sobretudo de doenças de causalidade não direta, com uma relação com o trabalho menos explícita e mais sutil. A tendência é o decréscimo das doenças e acidentes típicas do trabalho, o estacionamento dos acidentes de trajeto e a diminuição ainda maior das doenças infecto-contagiosas, parasitárias e por subnutrição.

Essa periodização nos países de desenvolvimento capitalista periférico e tardio, como o Brasil, não é tão nítida, começando pela defasagem e dependência econômica e tecnológica desse desenvolvimento, pela dificuldade de colocar seus

produtos em um mercado monopolizado pelo capital internacional, passando por uma outra circunstância importante, a celeridade e poder invasivo desse capital e da tecnologia que ele controla e que penetra os países periféricos em determinados setores, mantendo o atraso em outros. Pode-se, porém, ensaiar essa periodização em termos de perfil de morbi-mortalidade determinada pelo capitalismo no país, considerando como primeiro período o compreendido entre 1890 a 1920, quando começa a industrialização com a indústria têxtil. Nesse intervalo de tempo, a prevalência absoluta é das doenças 'pestilenciais' e, a seguir, de outras infecto-contagiosas, parasitárias e por subnutrição de caráter mais crônico, ocupando lugar bem subalterno as doenças explícitas do trabalho, provocadas por poeiras orgânicas e inorgânicas e os 'acidentes tipo' do trabalho, então menos freqüentes e menos graves. Entre 1920 e 1950, esse perfil vai se alterando lentamente, decrescendo as primeiras, aumentando as segundas, e as do terceiro grupo diretamente vinculadas ao trabalho. Após 1960, as doenças 'pestilenciais' só têm aparecido em surtos, as infecto-contagiosas, parasitárias e carenciais, ainda bastante presentes, passaram a ocupar uma posição cada vez mais subalterna, os acidentes e doenças tipificadas como do trabalho se elevaram e, ainda, uma rápida ascensão começaram a ter as doenças sem relação direta com os processos de trabalho, tidas como 'crônicas' e 'degenerativas'.

As definições sobre o que seja acidente e doença do trabalho são ao mesmo tempo uma questão controvertida e permanentemente atual, porque envolve o conflito dinâmico entre capital e trabalho. Historicamente, por princípio, o capital os classifica de modo restritivo, prática que vem do próprio conceito que faz do trabalho e de coisificação da pessoa do trabalhador, inspirando as seguintes metateorias: há um risco de adoecer e morrer próprio à natureza de qualquer trabalho; o risco é sempre de natureza material, ambiental, físico ou químico e faz parte do processo de produção, do nível tecnológico em que se encontra a indústria e da necessidade concorrencial dela incorporar inovações tecnológicas; o risco tem um caráter ocupacional, implicando a auto-responsabilidade da escolha profissional; há uma predisposição ou susceptibilidade individual dos que adoecem ou se acidentam do/e no trabalho; a obediência às normas de segurança e o uso de equipamentos de proteção disponíveis são suficientes para evitar ou manter a freqüência de doenças e acidentes dentro dos limites social, moral e tecnicamente admissíveis. Essas metateorias conduziram aos postulados e práticas hegemônicos da medicina e engenharia ocupacionais e do direito positivos aplicados contemporaneamente.

Pouco adianta invectivar o patronato por seus interesses, políticas e ações se não se fizer a exegese competente dos embasamentos teórico-ideológicos históricos do capital. O adoecimento e morte pelo trabalho faz parte da história do homem e

algumas das doenças do trabalho são quase tão antigas quanto ele. Isso não os fazem um atributo natural do trabalho, mas uma conseqüência possível. Os instrumentos de trabalho que o homem dispunha nos seus primórdios para enfrentar a natureza e dela se apropriar implicava sérios riscos, responsáveis pela curta duração de vida. O conflito com a natureza subjaz nos dias atuais, mas não é ele, enquanto trabalho concreto, que determina hoje, hegemonicamente, as doenças e mortes na sociedade moderna, mas sim os conflitos sociais gerados pelo trabalho abstrato resultante do sistema produtor de mercadorias.

Antes da era cristã, nos impérios grego e romano, as doenças e mortes do trabalho ocorriam com escravos e servos, sobretudo na mineração. Na Idade Média e durante o mercantilismo, essas doenças e mortes vão se fazer mais freqüentes devido à expansão dos negócios, indo muito além daquelas que resultavam do embate com a natureza, determinadas, como passaram a ser, pela exploração do trabalho de escravos, servos e artesãos. Mas a explosão das doenças, acidentes e mortes do trabalho ocorre com a Revolução Industrial e burguesa, sobretudo a partir de 1870, como decorrência da universal, intensiva e extensiva exploração do homem no/e pelo trabalho. O que determina essas patologias não são a ocupação, a profissão ou o trabalho em si, mas sua expropriação, que impõe, necessariamente, a difusão e, muito freqüentemente, a intensificação da violência.

A prevalência do adoecimento e morte na classe trabalhadora dentro do trabalho é contemporânea à revolução médico-científica, quando a teoria da monocausalidade das doenças se sobrepôs, assentada na observação microscópica e na reprodução laboratorial de várias doenças infecto-contagiosas e parasitárias e na eficácia das vacinas. Ela fez submergir, ao mesmo tempo, as teorias miasmática e da determinação social das doenças. O princípio positivista de que todo efeito tem uma causa passou, soberanamente, a prevalecer, inclusive com relação às doenças do trabalho, reduzidas às doenças 'ocupacionais' e colocadas sob o signo da medicina ocupacional. Todo o conhecimento anterior sobre a patogenia das relações sociais e organização do trabalho foi soterrado, tal qual fizeram os colonizadores espanhóis com a civilização inca: construíram suas cidades em cima das cidades incaicas, suas igrejas sobre as igrejas dos escravizados.

Quem lê *O Discurso sobre as Doenças dos Artífices*, de Ramazzini, datado de 1700, percebe bem a diferença entre a teoria da causalidade e a teoria da determinação social da doença, a primeira extremamente fática e a segunda, histórico-social. Mesmo quando discute as doenças dos mineiros, Ramazzini não se prende ao 'pó de cada dia' desses trabalhadores, mas à sujeição no trabalho. Aliás, ele fala mesmo é disso: da sujeição ao/e no trabalho. Não há no seu escrito nada parecido à tirania do dogma positivista

da causalidade da doença, muito menos única, mas sua determinação social, mais evidente quando discorre sobre as 'doenças dos intelectuais', os médicos entre eles, as 'doenças dos escribas e notários', as 'doenças dos alfaiates' e assim por diante. Nessas e em várias outros ofícios descritos pelo autor, tanto ou mais do que os materiais e instrumentos de trabalho, ressaltam as relações sociais e o modo como se organiza e se faz o trabalho na sociedade em que vivia.

Se há causa ou causas de doenças e acidentes do trabalho que guardam uma relação estreita com o processo de trabalho, esse não se concretiza sem uma organização que corresponda não só a uma tecnologia disponível, mas às relações sociais determinadas por um modo de produção que transcende os muros e portões em que a produção se realiza.

A possibilidade de um trabalhador adquirir uma pneumoconiose trabalhando em mina de carvão, dentro de um mesmo processo de produção em uma jornada de trabalho fixa, aumenta se ela for maior. Se o processo de produção se intensifica e o trabalho o acompanha, a possibilidade de ter pneumoconiose cresce. Mas não são os mineiros que escolhem ser mineiros, nem estabelecem sua jornada de trabalho e condições e instrumentos de trabalho.

A metateoria da materialidade físico-química da 'exposição ao risco', da necessidade de comprovar o nexo (causa) com a doença (efeito), tão caros à medicina ocupacional e ao direito trabalhista, previdenciário e civil positivos, tem menos a ver com a ciência do que com o sistema de reparação financeira ou indenizatória, advindo na mesma época, em decorrência da enormidade do número de doenças e acidentes do trabalho e dos limites de ressarcimento que o capital impôs e o Estado capitalista normalizou.

O que determina a ocupação ou profissão é a necessidade de o trabalhador colocar-se no mercado de trabalho para prover a subsistência. Não há escolha, e se não há, a auto-responsabilização por 'expor-se' no exercício de determinado trabalho é um mito. Não se é mineiro, ceramista, operário da construção civil, metalúrgico e bancário porque se quer, mas porque se precisa e essas são as ocupações possíveis.[29]

Por seu caráter nocivo, uma série de substâncias manipuladas ou produzidas no trabalho têm efeito imediato e não poupam ninguém. Nem todas, porém, qualquer que seja a forma (gás, vapor, fumo, poeira, líquida ou sólida), a via de penetração

[29] No documentário cinematográfico *O Pó nosso de Cada Dia*, produzido pela Diesat & OCA Cinematográfica (1981), um trabalhador, em assembléia do seu sindicato, na cidade de Pedreira, onde as indústrias ceramistas constituíam o principal e quase único mercado de trabalho, sob os aplausos de seus companheiros discursa: "...eu sei que tenho e vou morrer de silicose. Muitos companheiros aqui têm a doença e vão morrer também; mas se não trabalhar na cerâmica, respirando pó, vou fazer o que? Morrer de fome?".

(respiratória, gastroentérica, epidérmica), têm características de veneno, produzindo efeitos sobre a saúde a curto, médio ou longo prazo e até nem produzindo qualquer quadro clínico evidente.

De cada 100 trabalhadores sujeitos às poeiras de sílica, um percentual variável adoece de silicose, percentual tanto maior quanto maiores forem o volume e a concentração de sílica na poeira inalada – menores suas partículas, mais prolongada a jornada e os anos de trabalho.[30]

O fato é que em populações sujeitas a substâncias e agentes nocivos, mas não tóxicas, de natureza física, química e biológica ou a pressões e tensões emotivas e psicossociais, dentro ou fora do trabalho, o adoecimento não guarda, necessariamente, relação dose/resposta. Há muitas teorias para explicar o fenômeno e uma delas é a da predisposição ou susceptibilidade. Os que adoecem, enquanto grupo minoritário, seriam indivíduos 'predispostos' ou 'susceptíveis' e os outros, a maioria, seriam sadios. Os primeiros, portanto, seriam portadores de um *handicap*, isto é, de uma 'predisposição' patogênica endógena e individual, mais ou menos relacionada ao conceito genérico de 'resistência', no caso, baixa.

O conceito de resistência está ligado, quase sempre, ao funcionamento do sistema imunológico. É com ele que se opera quando se fazem vacinações em massa contra uma série de doenças infecciosas. A imunidade conferida aos que adoeciam e sobreviviam a algumas doenças 'pestilenciais' era conhecida muitos anos antes da revolução médico-científica e, ao menos, a vacinação antivariólica natural a precedeu e há séculos fazia parte dos usos e costumes populares. O conhecimento sobre o funcionamento do sistema imunológico e sobre a imunidade evoluiu muito, é um marco vitorioso e dos mais expressivos da ciência médica contemporânea. Seria banalizá-lo operar empiricamente o anverso do conceito de imunidade, afirmando que os que adoecem do trabalho são 'predispostos' ou 'susceptíveis' a essa ou aquela doença, devido a uma presumida baixa 'resistência', posto que a maioria, igualmente sujeita, não adoece, logo teria uma resistência maior e porque maioria, constituiria a população 'normal'. Em que se respaldam concepções tão vagas?

---

[30] Seaton (1975) afirma que essa é uma doença ainda muito presente nos Estados Unidos e sua prevalência é variável nas várias categorias, em conseqüência dos fatores relatados e dos processos e tecnologias de trabalho. A prevalência da silicose no Brasil é desconhecida, mas presumivelmente maior que nesse país (Morrone, 1979; Mendes, 1978; Algranti, Capitani & Bagatin, 1995), certamente não porque os trabalhadores brasileiros sejam mais 'predispostos ou susceptíveis', mas porque sua sujeição às condições e organização do trabalho são piores, além de mais longas as jornadas e o tempo de trabalho. Um percentual também grande e muito mais desconhecido de têxteis têm bissinose e asma, raramente diagnosticadas no Brasil (Nogueira et al., 1973). Há muitos exemplos similares e que não se restringem apenas às doenças provocadas por poeiras.

A gravidade das intoxicações sabe-se ter uma relação dose/efeito, mas não são as intoxicações que estão em discussão, porque é insustentável falar, nesse caso, em predisposição ou susceptibilidade individual dos que se envenenam e menos ainda em resistência individual às intoxicações.[31]

A inalação de mercúrio, de monóxido e dissulfeto de carbono, de óxido de chumbo e outras tantas substâncias presentes nos processos industriais nunca tornou imunes suas vítimas. Mesmo em doses insignificantes e aparentemente inócuas a curto ou médio prazo, é de se supor seus efeitos prejudiciais.

É, pois, um equívoco imaginar que os Limites de Tolerância (LT) admitidos oficialmente protejam, de fato, a saúde do trabalhador. No mundo inteiro, as difíceis negociações entre empregadores, autoridades sanitárias e sindicatos, sobre esses limites, revelam que por trás do seu estabelecimento estão interesses econômicos e pressões políticas consideráveis que resultam em acordos que em si mesmo deixam transparecer a relação desigual de forças entre capital e trabalho. É comum que os LT fixados sejam, em momentos seguintes, diminuídos e que algumas substâncias sejam até proscritas. São exemplos recentes os casos do benzeno e do asbesto, banidos em vários países e tolerados em outros, inclusive no Brasil. Convenhamos que isso não é ciência, mas exercício de poder econômico e político às custas da saúde dos outros.

A metateoria da 'predisposição' ou 'susceptibilidade', obviamente, não é levantada para os casos de substâncias altamente tóxicas, mas para outras, cuja relação dose/resposta está longe de ser tão clara, como no caso de várias poeiras inorgânicas e orgânicas que causam, ao longo de meses ou anos de sujeição, sintomas e doenças em muitos, mas não necessariamente em todos. Algumas dessas doenças, como a silicose, a bissinose, a asbestose e a asma são bastante conhecidas e estudadas. Mas conquanto não devamos falar em relação dose/resposta, sabe-se que quanto maior a concentração de poeiras e maior o tempo de sujeição, a prevalência é maior e o tempo menor para o aparecimento dos sintomas.[32]

---

[31] Conta-se que no século II, o rei persa Mitradates ou Mitrídates VI, o Grande, por desconfiar de todos e para não ser envenenado, tomava doses crescentes de veneno, chegando a tamanha quantidade que ninguém poderia matá-lo dessa maneira. Não obstante essa história que ele deixava circular, intranqüilo, assassinou, por precaução, todos os seus familiares. A verdade é que não se conhece nenhum relato de resistência a substâncias tóxicas, tenham ou não o caráter de veneno.

[32] A alta mortalidade e elevada prevalência de silicose, em curto espaço de tempo, na população de trabalhadores da catástrofe de West-Virginia em 1931, se deveu a essa conjugação de situações. Entre britadores de pedreiras, a prevalência de silicose não só é maior como menor é o tempo para o aparecimento da doença do que em ceramistas. Entre os últimos, a prevalência é mais elevada e o tempo de aparecimento da doença mais curto nos que fazem a misturação do que entre os que fundem as peças. Ocorre o mesmo com a asbestose, a bissinose, a asma dos cardadores e com inúmeras outras doenças respiratórias e as não respiratórias do trabalho. Ver Berman (1982); Ribeiro & Lacaz (1994:16-44); Algranti, Capitani & Bagatin (1995); Nogueira et al. (1973); Nogueira et al. (1975).

A intensidade e o 'tempo de exposição' – na verdade, 'tempo de sujeição' – são dois elementos reconhecidos internacionalmente e convalidados na legislação acidentária brasileira como envolvidos nas doenças do trabalho; a despeito das reservas quanto aos 'limites de tolerância', não só para substâncias químicas, mas para poeiras, ruído etc., eles expressam e consagram a tese de que as questões mais importantes relacionadas às doenças do trabalho são a intensidade e o tempo de sujeição. Essa validação se opõe à teoria da predisposição ou susceptibilidade individual e, por extensão, se aplica também aos acidentes de trabalho.

Há, no entanto, estudos que perseguem a identificação de 'fatores' ou atributos negativos de ordem individual de natureza genética, constitucional, comportamental, psicossomática, sexual ou mesmo de antecedentes patológicos que predisporiam a doenças e até a acidentes de trabalho.

No caso dos distúrbios e Lesões por Esforços Repetitivos devidos ao trabalho (LER), a partir desse enfoque empírico, investiga-se a estrutura musculoesquelética, a personalidade, os períodos biológicos da pessoa (síndrome pré-menstrual, da menopausa e andropausa), doenças anteriores osteomioarticulares, distúrbios hormonais, neurológicos e de conduta, neuroses e nas possíveis associações estatísticas. São buscas singulares, não necessariamente conclusivas, que retiradas do seu contexto são convertidas em evidências, pouco consistentes, sobre a existência de um 'fator individual' na geração de doenças e acidentes do trabalho que tanto pode ser uma mera 'predisposição' ou 'susceptibilidade', como uma doença anterior, 'síndrome de compensação' ou simples farsa para não trabalhar ou para obter vantagens. A patogênese do trabalho é esquecida e a responsabilidade por doenças e acidentes do trabalho passa a ser das próprias vítimas.

Apesar de ter havido uma sensível evolução conceptual em relação às doenças do trabalho, continua a prevalecer o conceito restrito de doenças 'ocupacionais' ou 'profissionais' provocadas por agentes físico-químicos nocivos, presentes no curso da produção. As relações de causalidade dessas doenças com seus agentes são estabelecidas com base nos 'níveis de exposição máxima' ou Níveis de Tolerância (NT) e 'níveis de poluição admissíveis'. Variando de um país para outro, são fixadas por pesquisadores e técnicos de órgãos dos ministérios da indústria, trabalho, previdência social e saúde, fundamentados em investigações realizadas em universidades e centros de pesquisa estatais e privados dos países mais industrializados. Acabam por ser compatibilizadas e validadas por organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).[33]

[33] Em 1976, o autor fez parte de um dos comitês de peritos da OMS que estabeleceu os limites admissíveis de $SO_2$ e partículas para o ar ambiente.

Ao estabelecer esses parâmetros, a intenção é normalizar as relações conflituosas do capital e trabalho e diminuir os agravos mais conhecidos da produção e do trabalho à saúde do trabalhador, ao meio ambiente e à população de um modo geral. É um objetivo inalcançável, se pensarmos na rapidez da evolução tecnológica e científica que orienta a produção industrial moderna. Essas organizações terminam por estabelecer parâmetros e normas que norteiam a concessão de alguns direitos, 'benefícios' previdenciários, indenizações e seguros, razão porque, além do patronato e dos trabalhadores que têm assento eventual em suas reuniões periódicas, seguradoras e previdências privadas e estatais costumam fazer valer suas presenças, preocupações e interesses. No caso específico das doenças do trabalho, a contumaz insistência é sobre o nexo causal, ou seja, sobre a relação material e comprovável de causa e efeito.

A epidemiologia clássica, de certo modo, caminhou nesse sentido, o de estabelecer a causalidade da doença, mas entendendo-a como fenômeno, ao mesmo tempo biológico e social. Uma causalidade, portanto, múltipla, somente em parte verificável por métodos biológicos e experimentais. As outras causas seriam inferidas a partir da observação da doença tal qual ela ocorre e evolui nas populações. O instrumento de observação deixou de ser, em alguns casos, o microscópio, passando para a análise dos números e de suas correlações estatísticas. É um 'olhar armado com outras lentes', a das ciências matemáticas. Os elementos ou variáveis envolvidos na determinação em uma doença são muitos e é preciso, além de intuí-los, medir a força associativa positiva ou negativa de cada um e de vários deles agregados. São os conhecimentos empíricos do meio ambiente e da sociedade que permitem a formulação de hipóteses, mas a matemática e a estatística é que possibilitarão o estudo das associações, relações e correlações possíveis entre as causas possíveis, hoje muito mais facilitadas pelos modernos programas de computação.

A característica principal de uma epidemiologia crítica, porém, continua sendo a observação empírica que para ser profunda, como a de Snow, precisa ser indiciária. Foi graças ao conhecimento fundamentado, embora empírico, que, algumas dezenas de anos antes que a teoria infecciosa e da monocausalidade fizesse esquecer a determinação social da doença e as suas múltiplas dimensões, Snow logrou explicar a epidemia de cólera de 1848 em Londres.[34]

Os estudos de morbi-mortalidade de populações, fundamentados na epidemiologia moderna, colocaram em xeque o princípio de causa/efeito, mas parece que a medicina ocupacional e o direito positivo não se deram conta disso.

---

[34] Costa & Costa (1990).

Como as generalizações e o uso do senso comum não comprometem, diz-se que a vida urbana provoca tensões e doenças e nominam-se até algumas. É quase unânime a afirmação que a elevação do número de doenças cardiocirculatórias tem a ver com o modo de viver urbano atual gerado pelo industrialismo do desenvolvimento capitalista. Não é aceitável, porém, dar como certo que tal pessoa se tornou hipertensa por causa da aceleração do ritmo do seu trabalho. O grau de suspeição aumenta se outros que realizam o mesmo trabalho apresentam sintomas de adoecimento cardiocirculatório. A preocupação indiciária não deve se circunscrever, porém, ao elemento mais perceptível da patogenia do trabalho, no exemplo citado, o ritmo, mas com a patogenia do trabalho que impõe o ritmo e no qual esse se inclui e costuma ser uma das suas expressões mais simples. O referencial invocado com insistência é a categoria trabalho, que não se circunscreve ao processo de produção, e a organização do trabalho dentro dos muros e paredes da empresa, mas se estende para fora, invade e modela a vida do trabalhador e suas relações com seus familiares, amigos e vizinhos. Trabalho que se realiza em uma fase e dentro de um modo de produção determinado e hegemônico, o capitalista, em que a empresa no qual se trabalha é apenas, e talvez, um mau exemplo.

# 2
# A Violência Oculta em uma Atividade Exemplar

*... antes que a humanidade sufoque (ou se refestele) na masmorra (ou no paraíso) de um império mundial pós-capitalista, ou de uma sociedade de mercado capitalista mundial, é bem possível que ela se inflame nos horrores (ou nas glórias) da escalada da violência que acompanhou a extinção da ordem mundial da Guerra Fria. Nesse caso, a história capitalista também chegaria ao fim, mas voltando de forma rigorosa ao caos sistêmico de que partiu a seiscentos anos, e que foi reproduzido em escala progressivamente maior a cada transição. Se isso significaria o fim apenas da história capitalista, ou de toda a história humana, é impossível saber.*

Arrighi (1996:371)

## Os Bancos

A venda do dinheiro é um antigo comércio. Em seus primórdios, a usura era uma atividade individual malvista, reprimida e em muitas situações punida. No capitalismo mercantil, o volume e intensidade das trocas geraram notável entesouramento em mãos dos comerciantes e dos que intermediavam os negócios entre a produção e o consumo, acabando por tornar o aluguel do dinheiro acumulado uma atividade econômica em si e necessária à expansão de todos os ramos de atividades econômicas. Sempre era preciso dinheiro para comprar, construir e armar embarcações, contratar tripulações e exércitos, manter e povoar terras ocupadas.

Até então as casas bancárias, designação mais comum adotada na Europa antes do século XVII, guardavam um estilo discreto, como se as transações feitas fossem negócios em família. Afinal, familiares eram os seus donos, freqüentemente seus funcionários e, de certa maneira, os próprios fregueses. E assim foi por um longo período.

Trabalhando com sua teoria de ciclos sistêmicos de acumulação capitalista, Arrighi (1996) considera como ponto zero do desenvolvimento do capitalismo mercantil a expansão financeira do século XIII ao início do século XIV, indicando a aliança entre as classes e grupos que exerciam e queriam manter e expandir o poder nas cidades-Estados e os donos do dinheiro, que precisavam aplicar seus excedentes e multiplicá-los. Segundo ele, "o resultado foi uma alienação cada vez maior das cidades-Estados ao interesse monetário", mais cabal em Gênova, onde a receita e a administração pública passaram, em 1407, para os donos da Casa di San Giorgio e em Florença, cujo governo foi tomado pela Casa dos Medici. Segundo o autor, essa acumulação primitiva do capital teve na Europa, como fontes principais, a coleta de impostos papais combinada com o comércio da lã em Florença.[35]

A usura, tão estigmatizada ainda no presente enquanto prática individual, na medida em que se institucionalizou com o capitalismo, ganhou aura de respeito que nem as falências, razoavelmente freqüentes, conseguiram abalar. Essa institucionalização, iniciada no século XIII, se consolidou com o Estado moderno e centralizado, este também emergente. É o Estado que, a partir de sua conformação, vai estabelecer agora as novas regras e limites das atividades financeiras que deixavam de ser apenas prestamistas para se constituírem em um crescente e complicado número de operações, a envolver vultosos interesses, não apenas econômico-financeiros provinciais ou de cidades, mas de nações e de empresas que se internacionalizavam. Entre a prática de emprestar a juros e a formação do capital financeiro das modernas corporações bancárias passaram-se seis séculos.

O Brasil fez essa transição tardiamente e à distância. Os seus 300 anos de colônia de uma metrópole decadente e subalterna aos interesses econômicos e políticos ingleses fizeram-no uma praça comercial de menor importância, cujos negócios e empréstimos eram realizados pela coroa portuguesa. No fim do século XVIII, Por-

[35] "Os grandes banqueiros eram, ao mesmo tempo, membros das (...) guildas de lã, de modo que a atividade bancária internacional e o comércio de tecidos tiveram um desenvolvimento co-extensivo. Como banqueiros, eles convertiam em lã o dinheiro e as dívidas contraídas em países estrangeiros; aceitavam a lã como garantia de empréstimos; permitiam que os débitos papais em países estrangeiros fossem pagos em lã; pleiteavam concessões de comércio aos senhores feudais, especialmente o monopólio do mercado de lã, quando esses governantes pediam favores financeiros (...), financiavam a produção de tecidos no país e no exterior (...), empréstimos de curto prazo para a comercialização do produto final." (Cox apud Arrighi, 1996:87-148).

tugal era um império endividado e caudatário dos interesses econômicos e políticos de outras nações européias, em particular do Reino Unido. Não por acaso eram inglesas as casas bancárias que negociavam seus empréstimos.[36]

Na ocasião, a população do Brasil-colônia era estimada em pouco mais de três milhões, metade dela escrava. Se os cidadãos livres eram consumidores modestos, que dizer desses outros que nem cidadãos eram? Essa população rarefeita, de baixo ou nenhum poder aquisitivo, estava concentrada em sua quase totalidade na faixa litorânea e, predominantemente, em fazendas e engenhos nos arredores de suas cinco cidades mais importantes: Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo, Recife e Vila Rica. Somente a última, que florescera, graças, principalmente à extração de ouro, não se situava no litoral. Quando o império finda, a população brasileira passara a 14 milhões, dois terços analfabeta, a maioria descendente de escravos, subempregada ou desempregada, com um operariado estimado em 70 mil pessoas e uma classe média extremamente rarefeita.[37]

Do descobrimento à República, a produção do Brasil passou da exportação de ouro, prata e pedras preciosas para a de produtos agrícolas de exportação, invariavelmente de monoculturas limitadas à faixa litorânea e que começaram a avançar para os planaltos das regiões do sul e sudeste do País em meados do século passado. O regime de propriedade da terra pouco se alterara nesse tempo e as técnicas agrárias continuavam bastante rudimentares, assentadas ainda na exploração do trabalho escravo. No final do século XIX, no entanto, a lavoura do café passara a ocupar uma posição cada vez mais importante em nossa pauta de exportações e por requerer uma maturidade raramente inferior a cinco anos, impunha a necessidade de grandes investimentos de capital, não só em terras, implementos agrícolas e transportes, como em força de trabalho livre, praticamente ainda inexistente por aqui.

As primeiras vivências do governo imperial com instituições financeiras, todas estrangeiras, foram desastrosas. Os juros, taxas de serviços e comissões sobre os empréstimos contraídos foram exorbitantes. Para justificá-los, as casas bancárias alegavam o alto risco do investimento, mas na realidade o que teria pesado para que as condições fossem tão desfavoráveis deveu-se à tibieza e à corrupção dos negociadores brasileiros. É bom lembrar que por força do tratado de paz entre o Brasil e Portugal para o reconhecimento da nossa independência, o País herdara uma dívida de três milhões de libras esterlinas, cujos maiores credores eram a Nathan Mayer Rotschild e a Thomas Wilson Company, sediadas no Reino Unido, que mediaram o

36 Prado (1973); Furtado (1961:111-117).

37 Basbaum (1976:85-93, 128-223); Carone (1970:09-23); Prado (1973:257-269).

tratado. Dois anos depois, em 1824, já como país independente, o Brasil faz seu primeiro empréstimo, no valor de 3,6 milhões de libras esterlinas, das quais recebeu em dinheiro 2,7 milhões. Um terço do total ficou com os próprios credores, a título de juros e comissões. Ao longo do império dos dois Pedros, o País jamais conseguiu pagar esse e outros empréstimos, sempre renovados mediante sucessivas amortizações e acréscimos de novos juros e comissões, antecipadamente descontados do principal.

Como se vê, as instituições financeiras internacionais marcaram de forma áspera e definitiva sua presença na economia e finanças nacionais desde a independência. Por todo o período do império, elas mantiveram e reforçaram seu papel de intermediadoras entre as praças estrangeiras e o Brasil, exercendo controle direto ou indireto sobre os produtos de exportação e o movimento dos portos, tomados como garantia. A situação não se alterou com a Proclamação da República e as crises políticas que a sucederam, em parte, geradas por essa dependência econômico-financeira e, em parte, por uma produção agrícola restrita, baseada nas lavouras do café e da cana-de-açúcar.

Após a Primeira Guerra Mundial muita coisa mudou. O capitalismo avançara no caminho da monopolização; o império britânico, alquebrado com os gastos bélicos, perdeu sua hegemonia política e econômica, cedendo-a aos Estados Unidos da América do Norte, agora seu credor. A Casa Rotschild foi substituída de sua condição de principal credor brasileiro para a National Bank of New York, que se instalara no País em 1915. Já então os empréstimos não se faziam somente entre credores externos e a República, mas também com os estados e o setor privado nacional, prática iniciada timidamente na metade do século anterior.[38]

A primeira instituição financeira nacional, o Banco do Brasil, de propriedade privada e de natureza estritamente comercial, foi criada em 1808. Suas principais finalidades eram o desconto de letras, captação de depósitos em conta-corrente, recebimentos e pagamentos, emissão de letras ou bilhetes pagáveis, comissões e saques por conta do Tesouro Nacional e de particulares, depósitos a juros, comércio de ouro e exclusividade de venda de gêneros do 'estanque real' (diamantes, pau-marfim etc.). Sua existência foi efêmera. Vinte anos depois de uma vida difícil, em que não faltou malversação do dinheiro, o Banco foi liquidado.

Em 1838 foi criado um novo Banco de propriedade nacional, o Banco Comercial do Rio de Janeiro, com finalidade também estritamente comercial, voltado para a realização de empréstimos sempre a curtíssimo prazo. Esse Banco, cujo alvará de funcionamento foi emitido em 1843, operava com depósitos em moeda, jóias, prata,

---

[38] Basbaum (1976:87-115, 129-136).

adiantamentos sobre títulos de valores fixos, descontos, negociação de letras de câmbio e terras, cobranças de letras ou qualquer título, empréstimos sobre penhores de ouro, prata, diamantes, apólices de dívida pública, compra e venda de metais, movimentação de fundos próprios, emissão de letras, conta-corrente etc.

Sucessivamente vieram outros: O Banco da Bahia em 1845, o Banco do Maranhão em 1846, o Banco do Pará em 1847, o Banco ou Caixa de Socorro Provincial de Pernambuco em 1847. A característica nova desses Bancos era que suas atividades se inclinavam para empréstimos industriais e agrícolas, ou seja, para o financiamento da produção, com prazos de pagamento mais longos. À exceção do último, que se capitalizou com dinheiro público, os demais eram de capital privado. Quando o Banco do Brasil voltou a existir, em 1851, já havia 14 bancos particulares de brasileiros e três Caixas Econômicas. À guisa de comparação, em 1840 o Reino Unido tinha 473 bancos e 1.084 agências e os Estados Unidos da América tinham 901 bancos.[39]

Quando a República é proclamada, a cidade do Rio de Janeiro, sua capital, tinha 35 bancos. Uma aceleração de passo, mas no final do século passado, apenas o Banco do Brasil tinha abrangência nacional. Os depósitos, em sua maioria, continuavam sendo de transações comerciais e raros se originavam de particulares. Guardar dinheiro em casa continuava sendo a regra, antes que a desconfiança aos bancos cedesse. "Até o final do século XIX era comum o comércio a varejo pelo escambo, isto é, sem interferência do dinheiro nas transações. O vendeiro trocava o produto da produção agrícola por outros manufaturados que ele comercializava" (Schmitz, 1991). Ainda em 1957, testemunhava-se esse tipo de transação no sul da Bahia. O vendeiro comprava a produção do cacau ainda no pé, em troca de alimentos, vestuário e implementos agrícolas. Fazia, a seu modo, o papel de Banco, escriturando as transações em um sistema próprio de conta-corrente, à qual só ele tinha acesso e como diz esse autor, "a receita era o que o agricultor trazia (ou iria trazer) e a despesa o que levava em mercadorias". Não era incomum, descreve, vendeiros mais ricos emprestarem dinheiro a juros, sempre altos, para a construção de casas, aquisição de terras e animais de carga, cercando-se de grandes cuidados para resgatar a dívida. O sistema era largamente favorável ao vendeiro, que se beneficiava com o carreamento do excedente econômico para as suas mãos, propiciando acumulação de capital mercantil, ampliação dos seus negócios e transferência desse excedente para o setor industrial em formação. O agricultor era prejudicado de várias formas, a começar por se ver obrigado a vender na entressafra, a preços invariavel-

[39] Franco (1984).

mente mais baixos. Não raro, pequenos agricultores, freqüentemente analfabetos, eram lesados ao assinar promissórias. Esse expediente desonesto ficou conhecido como 'caxixe', na zona cacaueira da Bahia.

A criação das cooperativas agrícolas no começo deste século foi, em parte, resposta a essas relações comerciais abusivas, devendo-se sua introdução no Brasil a agricultores italianos e alemães que se instalaram no sul do País.[40]

As cooperativas agrícolas eram, em sua origem, associações que visavam substituir o intermediário e a usura. Os bancos, pelo contrário, visavam ocupar esse lugar e tornarem mais explícita e normalizada a missão. No entanto, as próprias cooperativas, mesmo quando predominantemente constituída por agricultores, preocupadas em controlar seus próprios créditos e débitos, ao gerarem capital excedente e de origem mercantil, além de impulsionar a produção e fortalecer o capitalismo no campo, terminavam possibilitando o financiamento de outros setores, inclusive o industrial e o das instituições financeiras de outro tipo. Não acidentalmente muitas cooperativas e bancos de crédito agrícola acabaram absorvidos por bancos maiores tipicamente comerciais, cuja atividade principal era e continua sendo a de emprestar dinheiro a juros e taxas de serviços capazes de multiplicar infinitamente o capital. Foi a cultura do café e suas crises freqüentes que fizeram dos agricultores assíduos usuários das instituições financeiras.

Os bancos comerciais representaram, desde sua origem, portanto, outro tipo de interesse, mais ligados que são ao capital industrial, com maior diversificação de serviços ou 'produtos' e maior abrangência geográfica, despidos do caráter local ou regional que alguns, no início, tiveram. Uma das maneiras de perder essas características provincianas e ganhar espaços mais amplos foi mediante a fusão com bancos maiores.

Na terceira década do presente século, o processo de monopolização do capital financeiro cresceu, à medida que a lucratividade aumentava. Na ocasião, a fixação por lei, da taxa anual de juros em 12%, não impediu que a lucratividade bancária continuasse a aumentar, por intermédio dos mesmos artifícios utilizados hoje, tais como o do aumento das taxas de serviços e outros expedientes que a inflação alta facilitava. Percebe-se que, no particular, a usura não renovou seus métodos.

---

[40] "No processo de desenvolvimento econômico de um país ou região, os ativos financeiros tendem a crescer mais que a riqueza real ou a renda *per capita*. A razão para o acúmulo progressivo dos ativos financeiros acha-se na evolução dos serviços especializados de intermediação. Na verdade, o que ocorre é uma divisão do trabalho entre aqueles que poupam e as instituições que retêm a poupança. Isto é, os intermediários financeiros captam pequenas poupanças e se encarregam de alocá-las." (SCHMITZ, 1991).

Em 1925, a rede bancária nacional continuava concentrada nas duas principais praças comerciais do País, as cidades do Rio de Janeiro com 41 bancos e a de São Paulo com 21. Ao todo, havia nesse ano, no País, 384 agências bancárias, incluindo as matrizes. Em 1957, as matrizes haviam passado para 357, com um total de 4.628 agências.

Evidenciando o processo de concentração do capital financeiro, 10 anos depois, enquanto o número de agências somava 7.026, as matrizes haviam caído para 272. Essas matrizes voltaram a crescer nos anos 80, mas retorna agora a concentração, por meio de fusões e da internacionalização do capital financeiro. Em 1995 existiam no País 246 bancos, com 17.255 agências e outros 15.057 postos de atendimento em empresas, havendo a previsão de que aquele número caísse para 70 em três anos.[41]

Cerca de 80% dos empréstimos bancários hoje se destinam às operações industriais e comerciais, ficando o setor agrícola com 6%. Com o tempo e os novos rumos da economia nacional, a equação, portanto, foi invertida. Ao invés de cooperativas e bancos agrícolas regionais, os grandes bancos comerciais, de abrangência nacional, com crescente participação internacional, interessados em operações de menor risco, rentabilidade alta e empréstimos a prazos curtos.

Essas mudanças de perfil das atividades bancárias coincidem com as mudanças da economia e têm correspondência com mudanças das forças e grupos políticos no poder e na condução das políticas do Estado brasileiro. As antigas oligarquias rurais foram deslocadas ou se associaram a grupos de industriais e comerciantes recém-consolidados. As correntes e agremiações políticas que as representavam cederam lugar a outras correntes e agrupamentos mais novos, onde passaram a estar minoritariamente representadas as camadas e os setores médios e operários da população, com reivindicações marcadas pelo conteúdo urbano e moderno. Por trás dessas correntes e partidos, financiando as eleições de candidatos para todos os níveis e instâncias de governo, estão novas forças econômicas, entre elas os bancos, que plasmam as políticas nacionais, estaduais e locais.

Quando, em torno de 1930, essa virada se dá e o moderno Estado brasileiro se consolida, os bancos públicos estaduais maiores haviam acabado de se estruturar: o BANESPA em 1926, o Banco do Rio Grande do Sul e o BANESP em 1928. A eles se seguiram outros, cujos principais acionistas eram os governos estaduais.

Por esses bancos estatais vieram a transitar vultosos recursos financeiros procedentes da movimentação de dinheiro público. Sua missão original era dar suporte aos investimentos em setores produtivos ou sociais desinteressantes para os bancos privados, devido aos riscos, baixa rentabilidade e ressarcimento a longo e médio prazo. Complementavam assim a missão de outra instituição estatal de

[41] Jornal *Folha de S. Paulo*, 5/11/95.

âmbito nacional, o Banco do Brasil, cujos recursos mais volumosos destinavam-se a empreendimentos em escala maior ou de natureza estratégica, como os setores de energia fóssil e hidroelétrica, ferroviário e rodoviário e agrícola, que requeriam aportes do Tesouro Nacional e empréstimos externos.

Os bancos públicos estaduais têm passado crises periódicas que levaram vários à situação falimentar ou pré-falimentar, com intervenções mais ou menos explícitas do governo federal, em face da malversação freqüente de seus recursos em empreendimentos de elevado risco sem garantias, com presença constante de clientelismo em muitas operações, a despeito da elevação das taxas de juros imposta pelo credor maior, o próprio governo federal. Mais recentemente, a debilidade dessa rede bancária estadual tem facilitado pressões para sua privatização. A alegação costumeira é de que essa rede estaria financiando os endividados cofres estaduais, transferindo depois o ônus para a União.

Conquanto boa parte dessas alegações sejam verdadeiras, a pressão recente para a privatização dos bancos estatais parece estar no âmbito da proposta de reduzir o papel do Estado nas atividades financeiras, segundo o modelo econômico neoliberal, permitindo que as instituições privadas controlem, de vez, os depósitos e dinheiro públicos. A resposta dos governos e bancos estaduais tem sido tímida, alicerçada no forte e tradicional espírito corporativo dos seus funcionários e em iniciativas de assumirem, com maior ênfase, funções de bancos comerciais, buscando uma modernização tecnológica e administrativa que os bancos privados já realizaram, cortando fundo, sem pudor e sem resistências maiores, seu pessoal, mantendo elevada rotatividade de sua força de trabalho e cobrando taxas de serviços elevadas.

Em busca de maior lucratividade, toda a rede bancária pública e privada vem diversificando seus 'produtos', expandindo sua territorialidade, reduzindo ao mínimo suas pretensas funções sociais, privilegiando operações de curto prazo e o empréstimo simples de dinheiro e aumentando suas taxas de juros e de serviços, acentuando seu caráter comercial e usurário. No que diz respeito aos bancos estatais, as pessoas comuns, depositantes ou meros usuários, às vezes, pelo simples fato de serem funcionários públicos, vêm se apercebendo dessas mudanças há algum tempo, esmaecendo as simpatias por essas organizações que se tornam ressonâncias de um passado cada vez mais distante.

## O trabalho bancário

O trabalho bancário é uma técnica exercida, especialmente, sobre determinado objeto, o papel ou sucedâneo, mediante instrumentos com a finalidade de produzir operações e informações, enfim, serviços que têm valor de mercadoria.

Ele tem sua origem no ofício ou arte da escrita e, mais proximamente, da contabilidade, cuja característica, no passado, era de um trabalho mental vertido no papel sob a forma de símbolos lingüísticos, números ou outros modos de representação escrita.

Tanto como qualquer outro trabalho de escritório dos tempos modernos, com o qual têm estreita identidade, foi possível separar as atividades intelectuais ou de concepção, reservando-as para a administração das atividades de execução reduzidas a tarefas simples, deixadas aos quadros hierárquicos subalternos, tarefas que implicam operações manuais de utilizar máquinas de escrever e computar.[42]

Essa divisão do trabalho foi facilitada pela expansão e diferenciação dos 'produtos' oferecidos pelos bancos e pela progressiva automação. A divisão, em suas características basilares, não foi diferente da ocorrida em outras atividades econômicas, ou seja, o trabalho mental de concepção foi historicamente expropriado aos trabalhadores para os quais restou a execução de tarefas fragmentadas, cada vez com menor qualificação.

No entanto, apesar de simples, as tarefas bancárias requerem um elevado nível de atenção e um permanente estado de alerta. Tais exigências resultam do medo de errar e de suas conseqüências. Afinal, trata-se de manipular a mercadoria de maior valor simbólico no capitalismo, o dinheiro, no qual todas as coisas estão contidas. Dinheiro é sobrevivência, é emprego, é segurança, é casa, alimento, saúde, felicidade. E o bancário é o guardião simbólico de todas essas coisas dos outros.

Os elementos constitutivos do processo de trabalho bancário envolve as técnicas do trabalho em si, a operação dos seus instrumentos, meios e produtos, fundamentalmente, o tratamento das informações e a produção de outras, a formulação de hipóteses, a avaliação dos resultados e o acompanhamento dinâmico do processo, que conformam uma tecnologia e disciplina próprias.

Mais recentemente, todo trabalho de concepção foi centralizado na administração superior que, também à distância, detém o controle de produção de cada unidade, via integração por computadores (sistema *on line*). Cabe à gerência do nível médio da administração, por ela própria e por seus prepostos (subgerentes, chefes e supervisores), o controle físico da atividade de cada trabalhador situado nos diferentes níveis. Nesse aspecto, a verticalidade do mando, a hierarquia de competências, não difere a organização bancária de qualquer outra.

---

[42] "O produto típico, embora não exclusivo, do trabalho mental consiste de sinais no papel. O trabalho mental é feito no cérebro, mas uma vez que assume a forma no produto externo – símbolos lingüísticos, números e outras formas de representação – implica operações manuais, tais como escrever, desenhar, operar máquinas de escrever, etc. – para fins de criar o produto. É, portanto, possível separar as funções de concepção e execução: tudo que se exige é que a escala de trabalho seja suficientemente grande, para tornar essa subdivisão econômica para a empresa." (Braverman, 1981:268).

A gerência de banco, como as demais gerências de qualquer organização, tem, essencialmente, dois atributos: o da perícia técnica e o do poder sobre seus subordinados. A diferenciação de salário e outros 'benefícios', na verdade salários indiretos, obedece mais ao segundo dos atributos. Por ambos é que a força de trabalho gerencial, enquanto mercadoria, tem um valor diferente da força de trabalho subalterna. Mas ela não deixa de ter os atributos fundamentais, as "marcas da condição"[43] da classe trabalhadora, certamente mais atenuadas. Apesar de diferenciada, ela também perde autonomia, parte de sua liberdade e se subordina à administração superior. A função maior dos gerentes quase se restringe ao controle dos seus subordinados, porque o conteúdo histórico anterior do seu trabalho – a perícia técnica e o poder de conceber – foi esvaziado e transferido para hierarquia acima, empobrecimento facilitado pelo sistema *on line*.

Assim, a incorporação de avanços científicos e tecnológicos nas várias atividades econômicas e, em particular, na bancária, embora elevando a tecnologia do trabalho em termos médios, de um modo geral não elevou a exigência de qualificação técnica do trabalho para a maior parte dos trabalhadores situados na hierarquia mais baixa, nem colocou ao seu alcance esses conhecimentos incorporados, privilégios resguardados para a administração.

A seleção de trabalhadores com nível de educação superior, ou mesmo média, não se dá, pois, pela necessidade dos seus conhecimentos teóricos, em geral pouco utilizados, mas pela disponibilidade no mercado. Há no mercado dos países industrializados, invariavelmente, excesso de médicos, engenheiros, advogados, odontólogos, administradores, economistas, contabilistas etc.

Por essa razão, aumenta o número de cursos de extensão para essas profissões, cumprindo a função de retardar a entrada desses técnicos no mercado, onde não cabem todos. Proliferam os mestrados, doutorados, os cursos de aperfeiçoamento e estágios. Tal qual as escolas de primeiro e segundo grau, as universidades tornaram-se imensas organizações de 'indivíduos sentados' e, ao invés de se constituírem em instituições-meio, acabaram sendo instituições-fins.

Mas o controle do trabalho bancário não se dá hoje, apenas, pela coerção física e vertical das chefias. Há outro tipo de controle não hierárquico, mas horizontal. É um controle forte e sutil, que se naturaliza, a dos trabalhadores sobre os trabalhadores do

---

[43] "Quanto mais a ciência é incorporada ao trabalho, tanto menos o trabalhador compreende o processo; quanto mais um complicado produto intelectual se torne máquina, tanto menos controle e compreensão da máquina tem o trabalhador. Em outras palavras, quanto mais o trabalhador precise saber afim de continuar sendo um ser humano no trabalho, menos ele ou ela conhece. Esta é a noção de qualificação média oculta... a tese de qualificação é um simples artifício de nomenclatura..." (Braverman, 1981:360).

mesmo nível, no 'rés do banco'. Ele se faz em razão da interdependência das tarefas que realizam, cuja continuidade, intensidade, ritmos e tempos são agora mediados pelo sistema automatizado. Os computadores não são sucedâneos das máquinas de escrever ou calcular, meros facilitadoras do trabalho; a integração *on line* os fazem censores rigorosos, olhar imperceptível e onipresente da administração superior distante sobre todos os que trabalham e se obrigam a cobrar entre si plena eficiência e produtividade.

Atualmente, a essência do processo de trabalho bancário está em seu produto final, a informação. É por intermédio dela que o dinheiro, mágica e velozmente, se reproduz. Para ter o atributo de um bom produto, sua obtenção, tratamento e uso devem ser rigorosos e pragmáticos. E os meios e instrumentos modernos que emprestam essas características à informação e lhe dá máxima eficiência são o computador e a telemática. São meios não originários da atividade bancária, mas certamente, de todos os serviços, foi onde ocuparam maior espaço.

A incorporação da automação e da telemática pareceu elevar a qualificação dos que trabalhavam em banco. Com os computadores vieram engenheiros, analistas, programadores e digitadores. Embora houvesse uma divisão de tarefas, tal incorporação, a princípio, tornou o trabalho mais complexo. Todavia, a seguir os técnicos mais categorizados foram substituídos por programas pré-elaborados, enquanto as tarefas ou trabalhos mais simples foram repassados aos níveis basais da hierarquia bancária, agora obrigados a digitar e acompanhar nos visores os resultados de cada operação. A instalação dos caixas eletrônicos que a cada dia aumenta o número de informações e operações disponíveis, fazem do usuário o próprio operador do sistema, dando bem a medida da divisão e automação do trabalho bancário.[44]

Como a automação continua e a periferização e integração do sistema bancário são uma estratégia em curso, os funcionários das agências cada vez acumulam mais tarefas simples. O que é tido como qualificação é, na verdade, um acúmulo de práticas elementares que requerem muita atenção, pouca elaboração mental e conhecimentos rudimentares, sob controle imediato da gerência e mediata da administração central. O passo previsível é o do crescimento da automação e a redução do 'trabalho vivo'.

[44] Referindo-se ao trabalho bancário nos Estados Unidos, BRAVERMAN (1981:287-288) observava as transformações do trabalho do caixa, antigamente considerado funcionário importante pelo que se exigia dele, em questão de honestidade raciocínio e personalidade, essenciais "para os contatos com o público e relações de banco... Ligados a equipamentos mecânicos e eletrônicos, esses empregados, outrora categorizados, foram transformados em funcionários de balcão... com seus salários tendo baixado a níveis mínimos no mercado de trabalho, suas atividades prescritas, conferidas e controladas de tal modo que eles se converteram em peças intercambiáveis".

Esse é um fato preocupante para essa categoria de trabalhadores, posto que a expansão horizontal da atividade bancária e o crescimento do número de agências não guarda correspondência com a ampliação do mercado de trabalho. Aliás, vale acrescentar que a externalidade ou face pública da atividade bancária – o atendimento direto aos usuários nos balcões – é hoje um aspecto secundário dentro do sistema financeiro. Mesmo o pagamento de contas dos serviços públicos e privados, o desconto e depósitos de cheques, caminham para a total automação.

Igual rumo trilham os serviços de apoio logístico e de retaguarda, como secretaria, telefonia, almoxarifado, arquivo e controle de pessoal. As secretárias estão se tornando simples recepcionistas, na medida em que são adotados programas com textos e expressões intercambiáveis de acordo com as diferentes situações, ao mesmo tempo em que outros programas de sintaxe e pontuação substituem as secretárias com 'redação própria' e conhecimento de línguas.

Passo a passo, a atividade bancária, talvez mais velozmente que qualquer outra, está convertendo a quase totalidade dos seus trabalhadores em meros auxiliares de um processo de produção cuja expansão horizontal da atividade requer, sobretudo, no nível hierárquico inferior, força de trabalho pouco qualificada.

Historicamente, essa atividade exigia um conhecimento específico. Seus mestres, os contadores, e pretendentes a mestre, os auxiliares de contabilidade, lidavam com a escrituração de livros, papéis e transações, cujos maiores interessados eram pessoas físicas das classes econômica e socialmente mais favorecidas e, secundariamente, empresas que estavam longe de ter a importância de agora.

Por isso, era obrigatório que se os recrutassem na classe média e letrada, impondo-se, obrigatoriamente, comportamentos e expectativas compatíveis com os depositantes e usuários. Daí o costume do paletó e da gravata. A origem de classe desses trabalhadores alimentou, por certo tempo, a ilusão de que a expansão dessa atividade e de outros serviços e do número crescente de trabalhadores que não precisavam sujar as mãos e as roupas enquanto trabalhavam, ao contrário dos operários, resultaria em garantia de ascensão econômica e social, mesmo para aqueles que provinham do outro segmento socialmente menos privilegiado, o dos trabalhadores industriais.

Nessa linha de raciocínio, Braverman (1981:298) assinala não ser de admirar que

> *...as duas variedades principais de trabalhadores, de escritório e fábrica, comecem a perder algumas das suas distinções de estratificação social, instrução, família e coisas semelhantes. Não apenas os funcionários provêm cada vez mais de famílias operárias e vice-versa, como cada vez mais misturam-se na mesma família. A principal distinção parece ser quanto ao sexo.*

De fato, tomando como exemplo o próprio ramo bancário, a presença da força de trabalho feminina é crescente e, em alguns, já ultrapassa a masculina. Como habitualmente ocorre no mercado de trabalho, a mulher é recrutada para os trabalhos de menor qualificação e maior rotatividade.

Historicamente, o recrutamento da força de trabalho feminina se fez acompanhar de redução de salários, em decorrência da duplicação da oferta de mão-de-obra, cuja queda é proporcional a esse ingresso. O fenômeno é genérico em todas as atividades que não requerem força muscular, vale dizer, em todas as ocupações burocráticas, a exemplo da bancária. A automação é um componente de agravamento da situação, na medida em que constrange o mercado de mão-de-obra e simplifica a qualidade do trabalho requerido.

O menor valor da força de trabalho feminino no mercado, entre outras causas, se deve às exigências e ao oportunismo dos seus compradores. As condições biossociais de uma maternidade envolve nove meses de gestação, idealmente um ano de aleitamento e de cuidados especiais permanentes com a criança menor de 12 meses e necessidades biopsíquicas recíprocas que se prolongam, ao menos, durante toda a primeira infância e pela vida afora. Além disso, a gestação pode se repetir em toda a fase reprodutiva da mulher. Tais papéis, insubstituíveis e vitais para a sociedade, não entram na consideração dos empregadores, que vêm a mulher exclusivamente como força de trabalho de menor valor por tais 'limitações'. As funções biológicas e sociais da mulher entram no cálculo das empresas com sinal trocado, de valor negativo, uma vez que favorece ausências ao trabalho e aumento dos custos da produção, logo, a redução do lucro. Pretextos anti-sociais dessa natureza servem para barganhar e puxar para baixo os salários de todos os trabalhadores femininos e masculinos.

A motivação que leva a mulher para o mercado de trabalho é, acima de qualquer outra, de ordem econômica, de subsistência, ou seja, de suprir com o trabalho as necessidades suas ou do seu grupo familiar. Nesse aspecto é idêntica a do homem. Essencialmente, não o fazem por necessidade de realização pessoal, mas de sobrevivência.[45]

No entanto, é impossível para a mulher, enquanto gênero, abdicar das condições biossociais próprias, renunciando totalmente à maternidade e ao papel central que ocupa no núcleo familiar. Essa impossibilidade aguçou as contradições das relações sociais e de produção e impôs negociações e soluções subseqüentes. Uma delas foi a regulamentação mínima do trabalho feminino, procurando compatibilizá-lo,

[45] MARX (1975:315-339).

ao menos em parte, com a condição feminina e suas funções biossociais. A licença gestação/maternidade, a aposentadoria invariavelmente mais precoce e a proibição de alocar a mulher em determinadas atividades, decorrem do reconhecimento das diferenças de gênero e papéis. A insuficiência, inadequação e a desobediência dessa regulamentação, resultantes da desigualdade das relações conflituosas entre capital e trabalho – maior nos países periféricos que nos centrais – são responsáveis no Brasil por abusos quanto ao processo admissional, às demissões injustificadas, ausências e abandono do trabalho ou da profissão. São fatos que exprimem, ao mesmo tempo, aspectos do conflito entre capital e trabalho e da insubmissão da mulher no resguardo de sua condição.

Uma outra solução negociada foi a normalização, pelo Estado, de algumas necessidades da família, criadas em decorrência da entrada da mulher no mercado de trabalho, como a instalação de creches, a antecipação da ida à escola com a criação dos cursos maternais e da pré-escola e a extensão da jornada e tempo escolares. A institucionalização dessas necessidades, via serviços prestados pelo Estado e particulares, libera a mulher, como força de trabalho, mas não satisfaz plenamente suas necessidades e a da criança, devido ao caráter substitutivo, à baixa afetividade e à rigidez dessas instituições normalizadas e normalizadoras.

Como se vê, a inserção da mulher no mercado de trabalho, certamente definitiva, ao mesmo tempo em que vem cumprindo, entre outras, uma importante função no desenvolvimento do capitalismo, rompe com sua submissão histórica ao homem e propicia um aumento duvidoso do rendimento do grupo que integra, fragiliza a estrutura do núcleo familiar e a sujeita, agora diretamente pelo trabalho, a relações sociais e de produção, em geral piores, em termos de submissão e salários, do que aquelas às quais o homem está submetido.

A imagem antiga do bancário, de pessoa letrada, oriunda de estratos sociais médios e que poderia ascender à posição do seu superior é, não obstante, ainda bastante forte. Não sem razão muitos deles cursam profissões de nível universitário, de algum modo ligadas à atividade que exercem, como economia, advocacia, administração e ciências contábeis. Em geral, essas expectativas se frustam, como sinaliza a redução real de salários e de empregos, a despeito desse esforço educacional próprio. Apesar, portanto, da eloqüência dos políticos da administração sobre a necessidade de capacitação dos 'recursos humanos', jargão que substituiu a velha e mais humana expressão 'pessoal', o discurso sobre a necessidade de qualificação do maior número de trabalhadores, bancários ou não, como elemento importante para a ascensão na profissão ou carreira, só faz sentido para o capital. A ascensão na hierarquia bancária é mínima.

A divisão e desqualificação do trabalho bancário é, pois, um processo histórico e parece irreversível. Os que o exerceram por um período acima de 15 ou 20 anos tiveram a oportunidade de vivenciar parte dessas transformações.[46] Os novos trabalhadores bancários praticamente o encontraram com as feições e tendências atuais, poucos tendo ilusões com respeito a uma carreira. Percebem que se trata de um trabalho burocrático, pouco valorizado e menos ainda criativo, mesmo em bancos estatais, onde a rotatividade e as demissões estão longe de serem iguais às dos bancos privados, mesmo nesses tempos de crise e neoliberalismo. Até onde tais constatações e a dificuldade de encontrar saídas são condições de sofrimento?

Há no trabalho bancário, também, aspectos físicos penalizadores. Essencialmente, ele se caracteriza por seu forte componente sedentário, impondo sempre a posição sentada ou de pé, com movimentos predominantes da parte superior do aparelho locomotor. As posições corporais acabam ganhando certa rigidez que induz a esforços neuromusculoesqueléticos para mantê-la assim, mais ou menos estática quanto aos outros segmentos desse aparelho. Diferentemente do conjunto do corpo, os membros superiores, particularmente, as mãos e dedos, em várias ocupações e postos, são muito exigidos e obrigados a uma movimentação repetitiva e contínua. Essa feição pouco ergonômica de trabalho bancário é agravada pela inadequação freqüente do ambiente: móveis e máquinas mal dimensionadas e instaladas, iluminação e calor desconfortantes, ruído exagerado etc.[47]

Essas condições desfavoráveis do ambiente e condições físicas têm repercussões sobre o corpo que trabalha, em especial sobre as estruturas morfoanatômicas mais exigidas. No que diz respeito aos segmentos musculoesqueléticos distais dos membros superiores, as mãos e os dedos, a movimentação contínua torna crítica a viscosidade dentro das bainhas e leitos naturais onde deslizam tendões, vasos e nervos, resultando em atritos entre as várias estruturas vizinhas e conseqüentes perturbações funcionais e até lesões dos múltiplos e delicados componentes envolvidos. Tais desfavores biomecânicos podem ser agravados pelas condições ergonômicas e ambientais, pela atenção requerida, intrínseca a essa espécie de trabalho e pelas relações opressivas, embora sutis, de subordinação.

A atenção requerida não se deve tão-somente ao ritmo acelerado das operações inerentes ao processo de trabalho automatizado, comandado pela onipotência das máquinas, mas também pelo medo do erro e de suas conseqüências. É esse medo que empresta ao trabalho bancário, notadamente o desempenhado por caixas e escriturários, uma patogenia peculiar, com provável repercussão sobre o psiquismo e a eco-

---

[46] ROMANELLI (1978).

[47] ASSUNÇÃO (1995).

nomia dos órgãos e funções mais exigidas, como a visão, as estruturas mioesqueléticas e tecidos adjacentes, influindo, também, negativamente sobre os processos de elaboração mental, escamoteados no decorrer desse trabalho tão impregnado de exigências externas pouco criativas.[48] Até onde esse trabalho, na forma em que é processado, organizado, nas condições físicas em que se cumpre, contendo relações conflituosas, em geral ocultadas, pode levar à ruptura dos limites indefiníveis entre o fazer e o adoecer, entre o normal e o patológico?

## A categoria

Em 1996, a categoria bancária do País passou a ser constituída por 488 mil trabalhadores, igualmente dividida entre bancos privados e estatais. Em 1985, era o dobro. Essa drástica redução nos primeiros seis anos se deu, em grande parte, na área privada, por meio de demissões; nos últimos oito anos, mais lentamente, os bancos estatais vêm trilhando o mesmo caminho, não realizando concursos de admissão, implantando programas de incentivo à demissão, demitindo e aposentando.

Como a rede privada é maior nas capitais e grandes cidades, o número de trabalhadores de bancos privados também o é. Nas cidades de porte médio, a população bancária se divide entre bancos estatais e privados. Nas pequenas, a situação se inverte, predominando os bancos e bancários estatais.

Diferenças substanciais com relação aos processos admissionais, estabilidade, carreira, salários e benefícios sociais entre os bancários dos setores privado e estatal acrescentam outras heterogeneidades dentro da categoria. Admitidos dentro dos padrões e necessidades tradicionais da área privada, regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho, os trabalhadores dos bancos privados constituem uma força de trabalho com média de idade presumivelmente mais baixa do que a dos bancos estatais, em decorrência da alta rotatividade no emprego. Nesses últimos, o ingresso se dá por concurso público, com um longo período entre um e outro, realizados mais para fazer substituições em decorrência de aposentadorias, mortes e eventuais pedidos de demissão e menos pela abertura de novas agências e postos de trabalho. Esses fatores têm óbvias repercussões sobre a escolaridade, salários, comissões e benefícios sociais e perspectivas de carreira dos dois agrupamentos. Se, como dizia Romanelli, em 1978, apontando para a contínua desqualificação do trabalho bancá-

---

48 Romanelli (1978); Silva, Sato & Delia (1985); Ferreira (1993); Codo et al. (1995).

rio e a constrição progressiva do mercado de trabalho, os bancários estatais viviam uma condição 'provisória definitiva', os dos bancos privados vivem uma condição francamente provisória.

A expansão da rede bancária teve como resposta a criação de sindicatos regionais e de associações de trabalhadores por empresa. Essa multiplicidade de representações, em tese, facilita negociações por empresa e região, mas dificulta a formulação de propostas e ações unitárias, mesmo quanto às questões meramente salariais, em virtude das diferenças de concepções políticas e ideológicas dos grupos que assumem suas direções, agravadas pelas heterogeneidades referidas.

Em muitos aspectos, as atividades das associações de funcionários de um banco complementam a atuação do sindicato regional, em outras, porém, se superpõem ou concorrem. Por outro aspecto, a heterogeneidade da composição das diretorias sindicais em decorrência da existência de trabalhadores de bancos estatais e privados só pode ser superada por uma homogeneidade ideológica e política, difícil de existir ou de ser construída.

O patronato bancário joga com essas contradições internas da categoria dos trabalhadores e de suas representações e explora suas divergências, não sendo incomum prestigiar ora uma, ora outra corrente, na tentativa, não raro com êxito, de dividi-la.

Historicamente, a liderança do movimento bancário, em parte, por algumas das razões apontadas, sempre pertenceu aos trabalhadores dos bancos estatais. Não é por acaso, nem por benesse do Estado que eles lograram, dentro desses bancos, o nível de organização e representação que têm. Foram conquistas obtidas ao longo do tempo, em virtude, sobretudo, de serem trabalhadores 'de carreira' e com maior qualificação e experiência, dada a condição de estabilidade no emprego determinada, até agora, pela necessidade intrínseca das instituições bancárias estatais necessitarem de um quadro estável de servidores, com elevado espírito público e, por isso, com maior possibilidade de forjarem uma consciência de corporação.

As prerrogativas, benefícios sociais e políticas salariais praticadas pelos bancos estatais, parecidas entre si pelas mesmas razões, são muito diferentes das dos bancos privados, em que pese a tendência atual de nivelá-los por baixo. Fazem parte desse elenco os regimes especiais de aposentadoria, a assistência médico-hospitalar autogerida, a participação acionária, os empréstimos favorecidos, os clubes de recreação etc. Frise-se que os trabalhadores contribuem, de modos diferentes, para usufruí-los; por isso, respeitadas as peculiaridades de cada banco, eles têm assento nas organizações internas que gerenciam fundos e caixas e em alguns casos, como no BANESPA, na direção do próprio banco.

A mais antiga das entidades sindicais bancárias é o Sindicato dos Bancários de São Paulo. Criada em 1926, como Associação dos Bancários de São Paulo, com finalidades estritamente beneficentes e forte resistência dos banqueiros, em 1931 recebia sua carta sindical, valendo-se do decreto-lei nº 19.770 que inaugura a chamada 'era sindicalista' do Governo Vargas. O momento, a origem e funcionamento permitido e submisso ao patronato nos primeiros anos, explicam a omissão de seus dirigentes quando da primeira greve bancária do País, ocorrida no BANESPA em abril de 1932. O Banco tinha uma única agência, estrategicamente situada na cidade de Santos, escoadouro da produção de café. As causas da greve deveram-se às condições penosas de trabalho, inclusive o noturno compulsório, gerado pela necessidade dos exportadores liquidarem com o estoque de café. Na pauta dos grevistas havia outros itens, como um adicional maior ao salário e a readmissão de 10 colegas tuberculosos demitidos. No ano seguinte, uma oposição aguerrida politiza essa omissão e se propõe a executar uma política de classe, colocando em seu programa, entre outros pontos, a jornada de seis horas de trabalho, salário mínimo, estabilidade no emprego após seis meses de trabalho e um regime de aposentadoria e pensões mediante a criação de um instituto próprio. Foi essa diretoria eleita, mais o Sindicato dos Bancários de Santos e alguns outros mais novos que, em 1934, conduziram a primeira greve bancária de âmbito nacional com base nesse programa.[49]

A resistência a essa avançada plataforma não era apenas dos banqueiros. Havia outras, internas e fortes, dada à estratificação da categoria em cargos e funções diferenciados hierarquicamente, os gerentes e administradores fazendo coro com o patronato, alegando que em todo o mundo havia queda de negócios, recessão e desemprego. Essas resistências dificultaram a coesão do movimento liderado pelos caixas e escriturários e a conquista plena da pauta de reivindicações. Os funcionários mais graduados acabaram criando um sindicato paralelo, de curta existência, sob a designação de Sindicato dos Funcionários dos Bancos do Estado de São Paulo.

Mas, contrariamente ao que apregoava os graduados sobre a crise econômica mundial, a situação política interna evidenciou-se extremamente favorável às reivindicações do movimento grevista, com a emergência do projeto trabalhista do Governo Vargas, que estratégica e preventivamente absorveu, a seu modo, muitas das propostas democráticas das relações de trabalho que ocorriam nos países industrializados europeus. O apoio do governo foi, aliás, ostensivo, tanto que a figura politicamente mais importante depois do presidente, o ministro Oswaldo

---

[49] CANÊDO (1978).

Aranha, numa atitude que seria inusitada para os dias de hoje, fez-se presente em um dos comícios dos grevistas, declarando-se favorável às suas pretensões, ao final, em grande parte atendidas, como a jornada de seis horas, estabilidade no emprego após dois anos de trabalho e a criação, no mesmo ano, do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, em cuja diretoria a classe passou a ter assento, influindo em sua administração por quase todo o tempo de existência da autarquia, extinta em 1966.

Na década presente, a despeito do restabelecimento formal da democracia representativa, instaurou-se uma política sistemática de retirada de direitos e prerrogativas dos trabalhadores de diversas categorias, conduzida pelo governo federal e que logo se irradiou para os estados. Alegando que a estabilidade no emprego, tirada dos trabalhadores do setor privado após o golpe militar de 1964, é um privilégio corporativo dos trabalhadores da administração estatal direta e indireta, o governo lançou-se sobre estes e impôs uma política de achatamento de salários, de retirada de benefícios sociais, de estímulo remunerado às demissões voluntárias, quando não as força, transferindo os recalcitrantes para outro estado ou cidade, criando um forte ambiente de medo.

Ao que parece, do mesmo modo que Vargas e governos posteriores tiveram como estratégia ter a classe trabalhadora e determinados segmentos e movimentos sociais como aliados ou, no mínimo, não tê-los como adversários, dentro de uma atuação que se aproxima daquela que Arrighi (1996) identificaria como de um Estado capitalista "territorialista", ou seja, de um Estado nacional forte como necessidade do capital, a atuação do Estado brasileiro hoje é oposta, baseada na liberdade econômica e plena do mercado, vale dizer, de desregulamentação das relações entre capital e trabalho, deixadas à sorte dos próprios contratantes.

As teses neoliberais não são novas e nem surgiram aqui. Embora fazendo muito mal, não se trata de nenhuma idiossincrasia dos dirigentes políticos brasileiros à classe trabalhadora, mas de uma política econômica e social dependente que eles assumem, de um compromisso com diretrizes internacionais, cobrada sem pudor e insistentemente pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e credores externos, que exigem cortes nos gastos públicos, equilíbrio na balança de pagamentos, estabilidade da moeda e privatizações das empresas estatais siderúrgicas, elétricas e outras estratégicas, criadas a partir do Governo Vargas.

# Sinais da Violência

*Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, contínua vida sedentária; segunda, contínuo e sempre o mesmo movimento da mão; e terceira, a atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos ou outras operações aritméticas. Conhecem-se facilmente as doenças acarretadas pela sedentariedade: obstrução das vísceras, como fígado e baço, indigestões do estômago, torpor nas pernas, demora do refluxo do sangue e mau estado de saúde. Em suma, carecem esses operários dos benefícios que um moderado exercício promove, mas a que não podem se dedicar, ainda que queiram, pois fizeram contrato e precisam cumprir sua jornada de escrita. A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel, ocasiona não leve dano que se comunica a todo o braço, devido a constante tensão tônica dos músculos e tendões e, com o andar do tempo, diminui o vigor da mão. Conheci um homem, notário de profissão que ainda vive, o qual dedicou toda sua vida a escrever, lucrando bastante com isso; primeiro começou a sentir grande lassidão em todo o braço e não pode melhorar com remédio algum e, finalmente, contraiu uma completa paralisia do braço direito. A fim de reparar o dano, tentou escrever com a mão esquerda, porém, ao cabo de algum tempo, esta também apresentou a doença. Em verdade martiriza os operários o poderoso e tenaz esforço do ânimo, necessitando para o seu trabalho grande concentração do cérebro, contenção dos nervos e fibras; sobrevem as cefalalgias, corizas, rouquidões, lacrimejamento de tanto olharem fixamente o papel, conseqüências que afetam muito mais os contadores e mestres de cálculos, como assim se chamam os que se alugam aos comerciantes.*

Ramazzini (1971:157-159)

A descrição de Ramazzini é uma síntese, escrita à moda e conhecimentos da época, dos vários distúrbios da saúde dos que trabalham sobre os códigos escritos da linguagem – palavras, números e sinais. Datada de 1700, é uma descrição mais do que processual do trabalho, notável e atual, resultado de uma observação indiciária, sensível e profunda, que não se detém apenas nos instrumentos e condições das operações, nem no exame do corpo biológico ou na horizontalidade do cotidiano dos que trabalham com a escrituração, indo além, detendo-se também sobre as relações sociais que estão por trás do modo de fazer e que podem resultar em adoecimento. A percepção sensorial está presente, mas aquele corpo, sendo igual a tantos outros, se diferencia pelo que faz e pelas circunstâncias sociais, temporais e do lugar impostas. É humano e social. E essa relação entre corpo e relações sociais marcam-no, e uma dessas marcas é o sofrimento físico e mental que pode se expressar em um modo de adoecer.

O sedentarismo que produz perturbações gastroentéricas e circulatórias não é aleatório, mas conflituoso e sujeito: os trabalhadores não fazem exercícios, "ainda que queiram, pois fizeram contrato e precisam cumprir a jornada da escrita". Também a atenção mental é uma exigência requerida aos contratados para "não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos e outras operações aritméticas". São também exigências próprias à natureza desse trabalho que obrigam a um "poderoso e tenaz esforço de ânimo e grande concentração de todo o cérebro" e a "um contínuo movimento da mão" que pode levar à paralisia dos membros superiores. A patogenia é processual, mas socialmente determinada pelas relações de subordinação que se estabelece entre quem compra e quem vende trabalho. Nenhuma referência à naturalidade da doença, a qualquer predisposição ou susceptibilidade individual dos adoecidos.

Ao descrever os sintomas premonitórios do adoecimento dos escriturários, o paradigma semiótico vai além da clínica, é epistemológico, pois a observação empírica e indiciária de Ramazzini transcende a causalidade próxima ou aparente. Ele não discursa tão somente sobre as doenças da escrituração ou das outras ocupações – dos mineiros, químicos, cardadores etc.–, mas sobre o sofrimento e o adoecimento dos que as exercem em condições que, em se tratando de locais, são sociais e históricas.

No prefácio do seu livro, Ramazzini recomenda que, além de perguntar ao doente sobre o que sente, indague-se sobre o que faz, revelando que visitava as oficinas de trabalho para se aperceber dos "segredos" de suas artes, segredos que iam além da simples constatação fática, buscando conhecer não apenas com que e como as coisas são feitas, mas porque assim é determinado e se faz. Sua preocupação, portanto, não se circunscrevia ao processo de trabalho, mas às exigências sociais introjetadas subjetivamente. O universo que ele observa e onde estão seus doentes é o universo dentro e fora do trabalho. Os doentes são sempre trabalhadores, mesmo

quando dispersos em oficinas e em suas casas, obrigados a realizar determinado trabalho impositivamente por necessidade sua e social e dentro de uma relação de subordinação, mesmo na ausência do empregador.

O sofrimento e as doenças que Ramazzini descreve são sempre de coletivos de trabalhadores, uma visão plural, a partir da observação singular que o exercício da clínica aguça, donde se pode presumir que ele não apenas via, mas 'ouvia' muito. O coletivo não estava, como nas fábricas e empresas atuais, necessariamente em um único lugar. Valendo-se da perambulação de médico, tão comum em sua época, ele conseguia ver esse plural. Há, portanto, implícita na sua construção conceptual e empírica, também a noção da observação repetida e de números, mas, sobretudo, a curiosidade com intenção da constituição de um saber que vai muito além das aparências mais visíveis. Sua procura não é diletante, porque, como cita Canguilhem (1978), "é melhor saber quando se quer agir", um saber que em sendo fatual, não deixa de ser histórico e social e nesses aspectos prescinde de provas e comprovações materiais.

Preocupação com a determinação e a causalidade das doenças e teorias explicativas a respeito sempre existiram, mesmo com relação às doenças do trabalho, e a de Ramazzini é apenas uma. O dogma da prova e da comprovação na medicina – e a crítica é ao dogma e não à prova e comprovação experimental ou estatística – surge na segunda metade do século XIX com a microbiologia. Os postulados metodológicos de investigação dessas ciências seriam logo apropriados pelo sistema de reparação das doenças e acidentes de trabalho da Revolução Industrial. Reduzida, a questão foi transferida do campo das relações sociais e do trabalho para o laboratório: doenças e acidentes, para serem considerados do trabalho, precisam ter sua causalidade provada e comprovada como sendo decorrência do processo de produção.

Esses são parâmetros conceituais do capital industrial, dentro dos quais a medicina ocupacional – melhor dizer medicina industrial –, que nasce com ele, vai estabelecer os seus paradigmas e operar. Objeto de uma legislação e normas específicas, fundamentadas no cientificismo positivo que impregnou todo o saber e prática médica, esta em particular, o reconhecimento das doenças e acidentes do trabalho passaram a carecer do aval do sistema, constituído pelas instituições seguradoras, previdenciárias e de assistência médica, sob controle do capital e do Estado capitalista. A vítima passa a ser considerada 'usuária' ou 'beneficiária' e, para fazer jus aos 'benefícios' correspondentes, terá que provar que o dano à sua integridade física – e tão-somente essa, objetiva – foi provocado pelo processo de trabalho, ou seja, é preciso que o trabalhador individualmente requeira e se submeta às provas, não

apenas de que está efetivamente doente, como de que sua doença é efeito de uma causa gerada na produção. Surge assim a teoria do nexo causal em infortunística do trabalho, como extensão da teoria da monocausalidade das doenças infecciosas.

A presença da doença no corpo passa a precisar do crivo do médico, não do clínico indiciário, mas desse outro artífice normalizado pelo Estado, que por suas origens sociais e com um saber e práticas novos, fundamentados na propedêutica armada de tecnologias trazidas pela revolução científica, é formado e cooptado para atuar dentro daqueles parâmetros e paradigma, avalizando-os. É ele quem vai dar o nome, conceituar e medir o grau da lesão ou o estado da doença. É agora um técnico do sistema. E se há dúvidas quanto à presença do nexo causal e o requerido pelo trabalhador adoecido vai além da assistência médica, impõe-se que o agente do processo de produção incriminado de nocivo seja identificado e medido porque, diz a norma, para que a doença seja considerada do trabalho, é preciso que haja exposição ao risco específico e que ela e ele ultrapassem os níveis de tolerância normalizados, isto é, abaixo dos quais a doença não ocorreria, salvo, presume-se, em pessoas predispostas ou susceptíveis. O que prevalece, sequer, é a apreensão da realidade objetiva, das condições físico-materiais do trabalho, mas os padrões possíveis de conciliar a necessidade da produção com a administração das queixas e reparações.

O sistema reparador, porém, apesar de suas muitas impropriedades e desvios que o faz subalterno aos interesses do capital, historicamente é uma construção originária de necessidades e pressões dos trabalhadores e de exigências sociais, em face da tragédia das condições do processo de produção fabril, no qual a violência do trabalho fez-se explícita, catastrófica e uma ameaça social. Por isso, é compreensível que as políticas, as legislações previdenciárias e de acidentes, normas, instrumentos de fiscalização e ações, sempre de caráter reparador e de abrangência restrita, centrados na teoria do nexo causal, estejam voltados, inteiramente, para o setor industrial, onde o número e a gravidade dos acidentes e doenças típicas do trabalho tornaram-se, desde a primeira metade do século XIX, nos países centrais, uma preocupação crescente.

Desse modo, as doenças do trabalho ficaram circunscritas a um pequeno número de doenças tipificadas como 'ocupacionais', quando a causalidade direta era impossível de ser negada e, por conseguinte, passível de alguma forma de reparação. Com isso, a determinação social das doenças foi soterrada e a patogenia das relações sociais do e no trabalho negada para todos, fossem ou não trabalhadores fabris.

Diante de tais circunstâncias, em que os trabalhadores da indústria, mais organizados, tiveram e têm negados ou ocultados até acidentes e doenças típicas, seria difícil que trabalhadores em escrituração, mais recentemente agrupados, no início em pequenas empresas – escritórios, casas comerciais, administradoras de serviços e

bancos – viessem a ter reconhecidas e contempladas doenças como as descritas há quase 300 anos por Ramazzini, determinadas menos pelo processo de produção e muito mais pelas relações sociais e de subordinação, brutalizadas agora pela racionalidade moderna do trabalho no capitalismo industrial.

No entanto, apesar dessa negação normalizada e institucionalizada, a patogenia do 'trabalho de escritório', isto é, de codificação da linguagem, vai se fazer cada vez mais exuberante, na medida em que os que realizam esse tipo de trabalho, agora em várias categorias originadas da divisão do trabalho, são cada vez em maior número e mais sujeitos às exigências do trabalho.

Nos transtornos das partes moles dos segmentos superiores do aparelho locomotor que vitimam os que trabalham em escrituração, os bancários entre eles, há um nexo presumido com duas de suas causas mais aparentes e próximas: os movimentos repetitivos da mão e dedos e o esforço musculotendinoso estático de toda a parte superior do aparelho locomotor. Não é o caso dos distúrbios gastroentéricos, cardiocirculatórios e mentais, em que não existe relação de causalidade tão objetiva.

Observe-se que o reconhecimento das lesões dos membros superiores como resultantes do trabalho se dá pelo crescimento do número de casos nessas categorias de trabalhadores. Sem contabilizar casos, nem medir o esforço muscular despendido, mas dando crédito às queixas e atento à sua freqüência, Ramazzini as reconheceu, lá atrás. Fez, em relação a essa e a outras doenças do trabalho, o que Snow viria a fazer 150 anos depois, indiciariamente, desvelando a origem e a trajetória da epidemia da cólera em Londres muito antes da identificação do seu agente causal próximo, o vibrião.

É a contabilização de casos, a começar pelo número de nascimentos e mortes, instituída primeiramente para o estudo das populações, que viria fundamentar uma nova disciplina ou ciência, a epidemiologia. São estudos de morbidade e mortalidade de recorte epidemiológico que virão provar e comprovar o que empiricamente se sabia: que o adoecer e morrer é desigual e se distribui geograficamente, segundo as classes, segmentos sociais, renda e trabalho.

Dos quatro grupos de distúrbios citados por Ramazzini como comuns entre escriturários, deterse-á antes nas perturbações e doenças dos aparelhos cardiocirculatório e digestivo que, como todas, fazem adoecer e matam, proporcionalmente, mais os que vendem força de trabalho do que os que a compram e mais os situados na hierarquia inferior que realizam concretamente o trabalho do que os que controlam o trabalho dos subalternos.

A positividade exigida pelo capitalismo e suas instituições reparadoras coíbe o médico de trazer o conhecimento oriundo da sua observação empírica para a prática normalizada, sob a alegação da falta do 'nexo de causalidade' ou prova objetiva. No

entanto, há tempos que se sabe, por exemplo, que a úlcera péptica é mais habitual entre administradores e profissionais que exercem funções de responsabilidade e competitivas, todas sujeitas à tensão psíquica. E é bem provável que sua maior prevalência no gênero masculino, numa proporção de 4:1, estivesse[50] relacionada menos ao gênero do que à freqüência maior com que os homens exercem tais funções. É possível que hoje essa diferença seja menor, na medida em que se tornou menos infreqüente mulheres exercê-las. Os sintomas iniciais da doença aparecem com mais freqüência entre a faixa compreendida entre 20 e 40 anos. A úlcera costuma aflorar, na maioria dos casos, na faixa etária de 45 a 55 anos. É, portanto, uma doença que ocorre no período da vida produtiva e eclode em uma idade em que pesam muitas ameaças.

Distúrbios emocionais são comuns em doentes com úlcera, e recaídas e complicações estão associadas com fases da vida de sustentada ansiedade, frustrações e outras dificuldades psicoafetivas, mais freqüentemente na úlcera duodenal que na gástrica. Nessas situações, a fisiopatologia indutora seria a produção excessiva de suco gástrico e hipercloridría conseqüente, por estímulo vagal, aliada à queda de resistência dos tecidos locais. Vale lembrar que as úlceras múltiplas do trato digestivo superior, subseqüentes a lesões do sistema nervoso central, infarto do miocárdio, infecções graves, estado de choque e internações hospitalares prolongadas, conhecidas como 'úlceras do estresse', têm origem nervosa e seu aparecimento é mediado por agentes químico-biológicos que provocam vaso-constricção circulatória local e conseqüente baixa oferta de oxigênio, aumentando a sensibilidade da mucosa à acidez gástrica.

Situações de adoecimento tão extremas cuja fisiopatologia tem sido reproduzida em ensaios clínicos, bioquímicos e anatomofisiopatológicos experimentais, mostram parte da complexidade dos fenômenos da digestão e de suas perturbações.

Na relação do capital com o trabalho a questão da digestão não é, porém, colocada nesses termos, de uma função totalizadora, biopsicossocial, mas ao ato simples do trabalhador ingerir os alimentos necessários à reposição da energia consumida pelo e durante o trabalho. Dentro dessa concepção utilitarista, os alimentos são o combustível lançado dentro de uma fornalha, a boca, para que a máquina/homem continue trabalhando ao menor custo possível e com perda mínima de tempo. Essa visão mecanicista originária da fisiologia alemã do fim do século passado prevalece no presente. Para a organização da produção, a preocupação é com o primeiro momento da digestão, o ato de alimentar, entendido como simples e maquinal, a ser cumprido em um tempo definido contratualmente.

---

[50] Gray (1956).

Longe disso, a digestão é um processo extremamente complexo que, iniciando na boca, só em parte se realiza no tubo digestivo, envolvendo não somente os órgãos que o compõem – boca, esôfago, estômago, intestinos grosso e delgado –, mas outros relacionados diretamente com essa função, como o pâncreas, o fígado, os vasos e nervos e, indiretamente, como o coração, os pulmões, os rins, a pele, a medula e os sistemas nervoso e endócrino.

Ela pode ser descrita como uma sucessão de eventos fisiológicos que têm como finalidade última transformar substâncias externas e de composição habitualmente complexa em seus elementos mais simples, de forma a possibilitar sua passagem por paredes celulares do tubo digestivo e, após ganharem a corrente sangüínea e linfática, se incorporarem, já dentro das células, à matéria viva. Mas mesmo sua primeira fase, desenvolvida no tubo digestivo e aparentemente local, requer grande dispêndio de energia, mobilização intensa de eletrólitos, vários litros de água que são ingeridos, secretados e eliminados, produção, atuação e consumo de enzimas e outros catalisadores, mediado tudo isso por estímulos nervosos, químicos, elétricos, hormonais e circulatórios. Significa que na digestão, desde seu início, há a participação de todos os órgãos e funções, objetivando dar conta da diversidade quantitativa e qualitativa dos alimentos necessários à reprodução do próprio corpo.

O ato de comer que inicia o processo é, assim, apenas um dos seus tempos e o único perceptível e público. O ritmo e intensidade da digestão são variáveis e em termos de trocas e intercâmbio metabólicos, é ininterrupta, mesmo quando o indivíduo despende pouca energia, ou seja, quando não trabalha, nada faz ou simplesmente dorme. Enquanto a musculatura estriada, presente no início e no final do tubo digestivo, preside os atos voluntários de mastigar, deglutir e evacuar, a musculatura lisa, situada no nível gastrointestinal, preside os atos involuntários, subordinados aos estímulos neurovagais. Isso significa que os regulamentos sociais podem reger os primeiros e o último, mais curtos, mas nunca os segundos, intermediários e mais longos, sujeitos a uma dinâmica própria e a perturbações neurovagais de difícil controle. Por isso, a par da garantia do tempo e das condições necessárias para os primeiros e o derradeiro, pressupõe-se que os segundos também os requerem. Não é, portanto, de estranhar a constatação de que o simples aumento do tempo de refeição, de 30 para 40 minutos, tenha feito cair de 54% para 40% a freqüência de distúrbios gastrointestinais em trabalhadores.[51]

Permanecer sentado ou de pé, atento e mentalmente tenso, trabalhando e com tempo de refeição encurtado, como fazem esses escriturários modernos, os bancários, têm efeitos diferentes – como descreve Ramazzini – do que andar sem estar

[51] Vigne apud Gomes (1978).

trabalhando ou mesmo descansar sem as preocupações com o trabalho. O estômago, por exemplo, a depender da rapidez com que se enche ou do volume de bolo alimentar insuficientemente mastigado, sofre uma distensão variável de sua musculatura lisa que pode ser incompatível com seu tônus, levando a distúrbios digestivos em diferentes níveis e de intensidade e características diversas, porque essa musculatura envolve todo o trato digestivo e sua contração e relaxamento podem ser exacerbados, causando, eventualmente, sintomas leves, como espasmos dolorosos ou atonias e doenças gastrointestinais bem caracterizadas, se são constantes e envolvem tensão psíquica e emocional, habitualmente presente em atividades como a dos bancários.

Com a função circulatória sucede algo parecido. Uma analogia mecânica, muito comum, descreve o aparelho cardiocirculatório como constituído por uma bomba propulsora-receptora – o coração – e uma rede de dutos de fluxo – as artérias – e de refluxo – as veias –, responsável pelo transporte do sangue, regido por leis físico-químicas e biológicas. Sabem os clínicos, e mais que eles os fisiologistas e neurofisiologistas, que essa é uma analogia pobre que nada diz sobre as outras funções e relações fisiológicas e com a vida social desse aparelho, mediadas não apenas por percepções sensoriais e receptores de diferentes níveis, mas também pelo psiquismo. Isto é, conquanto uma das funções biofísicas do aparelho cardiocirculatório seja a de carregar o sangue, que contém elementos de nutrição e oxigênio necessários ao metabolismo celular, e trazê-lo de volta com os subprodutos desse metabolismo, esse ato de transportar não se realiza sem a interação de outros órgãos e funções, vale dizer, do corpo biopsíquico como um todo que é parte de um espaço e tempo sociais. Seu funcionamento e estado, embora dependendo de condições morfofisiológicas e dinâmicas próprias e internas de todo o corpo, são determinados externamente pelo que o corpo faz socialmente. Daí, em parte, sua mutabilidade no tempo. As alterações do ritmo cardíaco, a vasoconstrição ou a vasodilatação e as mudanças das pressões sistodiastólicas são algumas manifestações comuns dos passos ou descompassos circulatórios com os passos e descompassos da vida. Não por acaso, as doenças hipertensivas, hipotensivas e coronarianas têm, sabidamente, relação com a tensão psíquica e emocional ocasionadas, também, direta ou indiretamente pelo trabalho e pela vida afetiva e social.[52]

Ramazzini refere-se, também, à existência de uma tensão mental no trabalho dos escriturários. As exigências psíquicas do trabalho atuariam na mediação de doenças em outros sistemas e aparelhos e causaria sofrimento mental. Muita coisa

[52] Estudos epidemiológicos de morbidade e mortalidade das doenças cardiocirculatórias em populações e categorias de trabalhadores têm tornado evidentes essas relações de determinação. Ver Ribeiro et al. (1981); Berlinguer (1988:44-51); Cordeiro et al. (1993); Lolio et al. (1993).

mudou para pior nos processos e relações sociais do trabalho moderno, talvez implicando maiores exigências para o aparelho psíquico do que as observadas por esse autor. As descrições de neuroses ditas ocupacionais em algumas categorias de trabalhadores, de uma psiconeurose traumática em soldados, motoristas e operadores de metrô ou de uma possível paranóia em pessoas que exercem suas atividades como processadores de dados não parecem, contudo, abalar a tese, ainda predominante, que neuroses e psicoses, afora situações-limite, não são determinadas pelo trabalho que, não obstante, poderia precipitá-las, como sugerem alguns estudos.[53]

A aceleração da automação e as mudanças da organização do trabalho nas instituições financeiras brasileiras suscitaram, nos dois últimos decênios, umas quatro dezenas de estudos sobre as relações entre trabalho, sofrimento e adoecimento bancários. Não é uma série muito extensa, mas significativa, se comparada às de outras categorias, particularmente aquelas do setor terciário da economia, em que a automação também vem ocorrendo e onde as preocupações com essas inter-relações parecem não ter se corporificado, nem mesmo dentro da classe trabalhadora. A preocupação com estudos dessa natureza, quase sempre patrocinadas, estimuladas ou apoiadas por entidades representativas dessa categoria se deve, entre outros motivos, ao fato de envolver trabalhadores originários de estratos sociais mais diferenciados, com elevada escolaridade e história de organização, tradição de luta e poder de representação e barganha acima da média, que a fizeram, nesses 60 últimos anos, uma das mais organizadas e combativas categorias do País.

Em contraposição, no mesmo espaço de tempo as instituições financeiras lograram construir e cultivam uma imagem pública de empresas saudáveis até sob o ponto de vista da saúde dos seus empregados, sempre atenciosos e de boa aparência.

Essa disparidade de preocupações e condutas ante o mesmo objeto visto de ângulos diferentes, a par de representar uma feição particular da contradição entre o capital e o trabalho é, em si, reveladora da deterioração da saúde desses trabalhadores, impossível de ficar submersa. Fugiu ao controle das empresas e está gerando mal-estar, doenças e demandas coletivas. Estudos sobre a saúde dos bancários no País são uma das expressões dessa contradição e dessa deterioração.

Em estudo sobre mortalidade de trabalhadores do Banco do Brasil, Conceição et al. (1992) analisaram as causas de 5.955 mortes ocorridas entre 1977 a 1990 entre bancários ativos e aposentados dos dois gêneros em uma população de trabalhadores que, no período, variou de 78.058 a 160.056 pessoas-ano, com idades de 15 a 75 anos ou mais.

---

[53] Aubert (1994); Jardim (1994); Codo et al. (1995:56-70).

No mesmo período, a população de trabalhadores do sexo masculino do Banco correspondia a uma taxa situada entre 75% e 80% do total. Nela ocorreram 5.587 óbitos, dos quais 3.871 (69,3%) entre os aposentados e 1.716 (31,7%) entre os ativos. Das 3.871 mortes entre os aposentados, 1.346 (34,8%) aconteceram após os 70 anos; 1.283 (33,1%) entre 60 e 69 anos, 985 (25,5%) entre 50 a 59 anos e 252 (6,5%) entre 30 a 49 anos de idade. Em todas essas faixas etárias prevaleceram como causas de morte as doenças cardiocirculatórias (DCC), com uma média de 44% e variações pequenas para 40%, na faixa mais jovem, e 49% na mais idosa. A segunda causa mais freqüente de morte entre os aposentados foram as neoplasias, com média de 21% e variações entre 15%, na faixa entre 30 a 39 anos, e 22% nas faixas acima dessa. A terceira causa de morte foram as doenças do aparelho respiratório, com média de 7,8%, com um percentual maior de 11,0% acima de 70 anos e progressivamente decrescente nas outras. As doenças do aparelho digestivo foram a quarta causa, com uma média de 6,6% e variações entre 3,7%, acima de 70 anos, e progressivamente crescente nas faixas etárias mais baixas, com um máximo de 11,3% entre 40 a 49 anos. Por último, as mortes por causas externas ou violentas, com taxa média de 5,0%, sendo a menor de 2,5% na faixa acima de 70 anos, crescendo progressivamente até 12,5%, entre 30 e 39 anos.

Nota-se que a distribuição das causas de morte na população aposentada do Banco do Brasil teve variações médias crescentes com a idade, nos casos das doenças cardiocirculatórias e respiratórias. Os números absolutos de morte por essas causas também foram crescentes, permitindo concluir haver uma associação estatística positiva entre essas e a idade, sem contudo se poder afirmar relação de dependência entre os dois grupos de doenças que causaram a morte e a idade. No caso das neoplasias, essa associação não é aparente, permanecendo as médias de óbitos mais ou menos estáveis, enquanto o número total de óbitos aumenta até os 69 anos. Menos ainda se pode afirmar sobre a existência de associação entre mortes por doenças digestivas, violências e idade – apesar daquelas médias –, uma vez que os números absolutos das mortes por tais causas crescem até valores máximos situados, coincidentemente, na faixa dos 50 a 59 anos e, a seguir, decrescem.

As 1.242 (32,0%) mortes antes dos 60 anos podem ser consideradas prematuras e é provável que as aposentadorias dos falecidos, também precoces, fossem determinadas por doenças preexistentes.

As causas das 1.717 mortes entre os bancários ativos são bem outras. As mortes por violência – acidentes, homicídios, suicídios e envenenamentos – somam 809 (47,1%), seguidas pelas doenças cardiocirculatórias, com 389 (22,6%), neoplasias, com 206 (12,0%) e doenças endócrinas, com 64 (3,7%). As médias por mortes vio-

lentas decrescem de acordo com as faixas etárias: 90,0% entre 15 a 19 anos; 81,8% entre 20 a 29 anos; 49,9% entre 30 a 39 anos; 29,1% entre 40 a 49 anos; 14,0% entre 50 a 59 anos; 4,3% entre 60 a 69 anos. Em termos absolutos, o pico do número de acidentes se situa na faixa de 20 a 29 anos. Como se observa, há uma nítida associação negativa entre essas mortes e a idade. No caso das doenças cardiocirculatórias, houve um crescimento das médias de acordo com o avanço da idade: 5,0% entre 20 e 29 anos; 18,4% entre 30 e 39 anos; 34,3% entre 40 a 49 anos; 39,7% entre 50 a 59 anos; 43,5% entre 60 a 69 anos e 80% acima de 70 anos. Em termos absolutos, os números aumentam até a faixa dos 40 aos 49 anos. A partir daí, caem sensivelmente nas faixas seguintes. As médias das mortes por neoplasias por faixas etárias entre os funcionários ativos do Banco, nas mesmas faixas de idade, foram crescentes: 3,3%, 9,2%, 16,3%, 25,7%, 21,7% e 20,0%. Em termos absolutos, o número de casos cresceu até a faixa dos 40 aos 49 anos.

Daquele total de mortes na população ativa do Banco, 1.688 (98,4%) aconteceram antes dos 60 anos, ou seja, mortes prematuras, e 1.474 (85,9%) antes dos 50 anos, portanto, muito prematuras.

No gênero feminino, dos 368 óbitos, 277 (75,3%) ocorreram entre bancárias ativas e 91 (24,7%) entre aposentadas. Duas causas de morte se salientam nesse último grupo: as doenças cardiocirculatórias, com 30 casos (33,0%), e as neoplasias, com 22 (24,2%). Como são muito reduzidos os casos nas faixas etárias da população feminina aposentada, deixar-se-á de comentá-los.

Em relação às bancárias ativas, apesar de o número de mortes ser pequeno em comparação ao dos bancários ativos, em decorrência de a população ser maior, chama a atenção o fato de 134 (48,4%) mortes serem por violência, seguidas de longe pelas neoplasias, com 53 (19,1%), e pelas doenças cardiocirculatórias, com 35 (12,6%) mortes. Importante notar que todas as 277 mortes ocorreram antes dos 60 anos e 266 (96,0%) antes dos 50 anos, ou seja, foram mortes muito prematuras.

Os autores calcularam a Razão Padronizada de Mortalidade (RPM) considerando como padrão as taxas de mortalidade do estado de São Paulo e dos Estados Unidos, então concluindo: os trabalhadores do gênero masculino do Banco do Brasil morrem, em média, 26% mais de câncer do pulmão, 38% mais de câncer da próstata e 17% mais de diabetes que a população de São Paulo. Em comparação com os mesmos padrões americanos, eles morrem 36% mais de câncer de estômago, 46% mais de doenças do cérebro – vasculares – e 165% mais por violência. Quanto às trabalhadoras do Banco, morrem 128% mais por acidentes de transporte em relação à população de São Paulo e 156% mais que a população americana.

Até que ponto essa morbidade e essa mortalidade prematura têm a ver com o trabalho e com a forma de viver que o mesmo determina?

Analisando os diagnósticos das 2.109 mortes por doenças cardiocirculatórias entre os trabalhadores masculinos do Banco do Brasil, 960 (45,5%) foram por infarto agudo do miocárdio, 465 (22,0%) por doenças cerebrovasculares, 284 (13,5%) por doenças da circulação pulmonar e 187 (8,9%) por outras doenças isquêmicas.

Das 1.027 mortes por neoplasias entre esses mesmos trabalhadores, 301 (29,3%) estavam localizados no aparelho respiratório, 281 (27,4%) no digestivo, 142 (13,9%) no geniturinário. Os cânceres do tubo digestivo foram a segunda causa de morte por neoplasias.

Entre as 337 mortes por outras doenças do aparelho digestivo entre os homens, 185 (54,9%) foram por cirrose e 22 (6,5%) por úlceras. Das 282 mortes por doenças endócrinas, 224 (79,4 %) foram por diabete. A Aids foi responsável por 45 mortes.

O total de 1.141 mortes violentas nos dois gêneros, 677 (59,3%) foram por veículos motorizados, 131 (11,5%) por homicídio, 121 (10,6%) por suicídio e 120 (10,6%) por efeitos tardios dessa violência explícita.

Perguntam os autores: até onde essas mortes e morbidade subjacente têm a ver com o trabalho e com a forma de viver que este acaba determinando?

Silva Filho et al. (1992) estudaram a população ativa e supostamente sadia do mesmo Banco, valendo-se de entrevistas gravadas, questionário padronizado e dados secundários do arquivo médico.

Salvo uma exceção, as entrevistas foram realizadas em grupo, com média de seis participantes que se reuniram de duas a três vezes, envolvendo 37 pessoas, 27 do gênero feminino. Dos grupos, cinco eram hierarquicamente homogêneos e apenas um heterogêneo, composto por gerentes, caixas, trabalhadores de suporte do Centro de Serviços e Comunicações (Cesec). As entrevistas foram feitas com base em um conjunto de questões prévias, abertas para a livre manifestação dos entrevistados.

O questionário que incluía o Self Report Questionaire/SRQ-20, de Harding et al., usado para aferir a presença de distúrbios psíquicos menores – tendo sido aplicado em uma população de 1.200 bancários, 733 dos quais lotados nas agências e 467 no Cesec.

Nos prontuários existentes no Centro Médico de Assistência e Previdência do Banco (Ceasp) foram apurados os afastamentos temporários e permanentes por adoecimento, sua causalidade por grupos de doenças, os diagnósticos psiquiátricos e as formas de utilização dos serviços.

Com as entrevistas, os autores objetivaram conhecer as representações dos trabalhadores sobre saúde, saúde mental e trabalho e de sua situação de trabalho, as possíveis relações de determinação entre organização do trabalho e saúde mental e a

cultura organizacional. O que transpareceu, segundo eles, foi a falta de perspectiva com esse tipo de trabalho e o "desgaste", isto é, o sentimento de perdas e o sofrimento provocado pela "carga" ou exigência do trabalho e as 'estratégias individuais' elaboradas para esquecê-las, compensá-las, nunca vencê-las, aparecendo como principal valor positivo a camaradagem entre si.

Ao questionário padronizado aplicado aos trabalhadores das agências, a maioria (52%) revelou nervosismo, tensão ou preocupação, mas apenas 25% podem ser considerados suspeitos de distúrbio mental pelo SRQ-20, tomando-se como tal aqueles que tiveram oito ou mais perguntas positivas. As queixas de cansaço, tristeza, dores de cabeça, o assustar-se com facilidade, distúrbios do estômago e insatisfação com a atividade exercida foram muito freqüentes. No CESEC, os resultados quanto ao nervosismo, tensão e preocupação foram maiores (62%), mas muito próximos quanto aos demais itens, com um nível de suspeição de distúrbio mental chegando à taxa de 24%.

Com base nos dados do Centro de Assistência Médica para os funcionários do Banco (CEASP), os autores fizeram um estudo sobre absenteísmo-doença e sobre a participação dos transtornos mentais entre as causas de afastamento. Para isso consideraram dois períodos distintos: as licenças médicas registradas entre 01/03/1990 e 28/9/1990 e entre 30/01/1992 e 01/12/1992. Este último, além de mais extenso, para os autores era mais preciso. Por isso, far-se-á referência apenas a ele.

Os diagnósticos médicos determinantes do afastamento por grupos de causa foram: as doenças do aparelho respiratório (27,4%), do aparelho locomotor (13,6%), transtornos mentais (11,0%), doenças do aparelho digestivo (7,4%) e lesões por violência (7,3%). Em número de dias, os afastamentos mais prolongados tiveram como causas as doenças mentais (29%), cardiocirculatórias (14%), do aparelho locomotor (12%) e violência (8%).

Não era presumível, ainda que se tratasse de trabalhadores ativos do mesmo Banco, que viesse a acorrer superposição da distribuição das doenças que levaram ao afastamento do trabalho com aquela do estudo anterior, que levaram à morte, embora uma doença ou evento mórbido qualquer habitualmente a anteceda. Sucede que a morte dos que adoecem é uma possibilidade pouco freqüente, muitas vezes acontecendo subitamente sem sintomas, sinais ou doenças anteriores, como nos casos das mortes por violência e, bem mais raramente em outros casos, como em alguns infartos agudos do miocárdio. Acrescente-se que muitos dos que adoecem sequer são afastados do trabalho. Ou seja, esses dados referem-se a uma fração menor de adoecidos que precisaram ser afastados, a acreditar-se que os afastamentos foram criteriosos. Não se pode, a rigor, falar de gravidade, mas é razoável inferir que seriam mais sérios dos que os consultados e não afastados. Não se esperava, por exemplo, que as doenças mentais e as do aparelho locomotor – das mais freqüentes, mesmo quando graves –, tivessem expressão nas taxas de mortalidade, mas

chama a atenção que elas, ao lado das do aparelho digestivo, sejam três entre os cinco grupos de doenças mais responsáveis por afastamentos do trabalho. É provável que a ausência das doenças gástricas nesse grupo se deva ao seu curso extremamente insidioso e a sintomas menos evidentes ou dramáticos.

Os registros de óbitos e de dados constantes nos prontuários médicos de ambulatórios e hospitais, certamente muito úteis, têm limitações conhecidas para aferir a morbidade de populações, mesmo quando se trabalha com uma categoria de trabalhadores supostamente homogênea. Supostamente porque em uma mesma categoria, como a bancária, temos trabalhadores que pertencem a diferentes níveis de sujeição ao trabalho e a gênero, duas características fundamentais a serem consideradas quando se estuda modos de adoecer e morrer entre trabalhadores.

De qualquer modo, os dois estudos sobre bancários comentados parecem fortalecer a descrição de Ramazzini sobre a patogenia de trabalhos desse tipo, fundamentada na observação empírica de que eles induzem, mais freqüentemente, a doenças cardiocirculatórias, digestivas e do aparelho locomotor, mais especificamente as LER, e que o sofrimento mental é uma presença recorrente.

Poder-se-á, sem dúvida, aclarar mais a causalidade direta do trabalho no adoecimento bancário, conquanto pareça melhor, ao invés de priorizar a busca de nexos causais objetivos, vale dizer, 'positivos', entre condições, ambientes e posturas corporais de/e no trabalho e doença, concentrar as investigações na patogenia da organização, sujeição por hierarquia e gênero, no conteúdo do trabalho bancário e em suas determinações externas, mesmo no caso das LER. A dificuldade maior, afora outras, é o obstáculo interposto pelas empresas para impedir o acesso aos dados disponíveis ou dificultar sua produção em primeira mão. Não é fácil contornar ou superar tal barreira, mas vale insistir, afim de que as investigações, quantitativas ou qualitativas, sejam cientificamente válidas e validadas.

No caso específico do sofrimento mental, Dejours propõe abandonar a busca de relação explícita entre trabalho e adoecimento mental, substituindo-a pela identificação das razões da preservação do equilíbrio psíquico e da normalidade aparente.[54]

---

[54] "A loucura, quando surge, faz aparecer sintomas – delírio, depressão, fobias, inibição, excitação, etc. – cuja forma se origina mais da organização da personalidade, da história e do passado de cada indivíduo, do que da situação de trabalho que serve como desencadeadora da doença. Aí reside também uma das razões do fracasso de uma investigação clínica mais centrada nas doenças que na análise dos mecanismos subjacentes à normalidade sofredora... ( ) ...foi possível mostrar que as pressões do trabalho que põem particularmente em causa o equilíbrio psíquico e a saúde mental derivam da organização do trabalho... Por organização do trabalho é preciso entender, de uma parte, a divisão de tarefas (chegando à definição do modo operativo), que atinge diretamente a questão do interesse e do tédio no trabalho; de outra, a divisão de homens (hierarquia, comando, submissão), que atinge diretamente as relações que os trabalhadores estabelecem entre si no próprio local de trabalho." (Dejours, 1992).

Marty (1993:12-46), por sua vez, insiste que a dualidade doença mental / doença somática só se sustenta para efeito de classificação, lastreada na predominância alternativa de sintomas e sinais do aparelho mental ou dos demais aparelhos e sintomas orgânicos, salientando que é impossível existir doenças somáticas sem a contingência psíquica e haver doenças mentais que não comprometam outros órgãos e funções. Independentemente da discussão de uma medicina psicossomática com esse caráter, a unicidade psicobiológica é irrecusável, mesmo que não se queira aceitar a tese do desenvolvimento da doença somática como manifestação da impossibilidade de o aparelho mental dar conta dos conflitos originados pela má formação da personalidade, como pretende os que assim propõem, todos integrantes de correntes psicanalíticas. A questão do envolvimento psíquico é bastante pertinente mesmo quando se discute uma doença em que há o reconhecimento oficial de algumas condições 'objetivas' ou causas imediatas, como no caso das LER.

Não se trata, porém, de admitir tão-somente uma mediação neuropsíquica de natureza farmacológica, por intermédio da produção aumentada ou diminuída de substâncias indutoras de respostas nervosas e vasculares periféricas, como as endomorfinas que, por exemplo, modificam o limiar da dor e retardam ou precipitam manifestações somáticas das LER. Essa é uma mediação ainda no campo biológico, razoavelmente tranqüila e que necessariamente não contraria a tese de que as LER são, apenas, lesões localizadas e puramente biológicas.

Sustenta-se tese diferente: as LER, conquanto tenham uma expressão morfobiológica localizada, constituem um adoecimento geral, do corpo inteiro, biopsicossocial. A localização decorre da existência de condições várias em que se incluem uma dimensão causal, objetiva e imediata, relacionada ao processo e à organização do trabalho e a uma dimensão individual, que diz do modo próprio 'de cada um andar com a vida', de elaborar as agressões físicas e psíquicas oriundas da realidade objetiva, construída não apenas por relações sociais intrínsecas ao trabalho, mas também extrínsecas a ele e por ele mediada. Ou seja, há, também, essa terceira dimensão social maior que não se expressa diretamente como causa, mediada que é pelas duas anteriores.

Não se está propondo dar a essas várias dimensões uma ordem seqüencial, tipo relação causa-efeito, nem se entendendo as LER como mais uma doença psicossomática, isto é, simples somatização de perturbações psíquicas preexistentes, o que minimizaria a importância do trabalho enquanto dimensão social e objetiva, sem o qual a doença não existiria. O que permanece como uma interrogação, igualmente presente em qualquer doença de populações, é o porquê de uns adoecerem e

outros não, embora sujeitos ao mesmo trabalho. E nesse particular concorda-se sobre a necessidade de estudar, também, as populações de trabalhadores não adoecidos de LER mas a ela sujeitas, aparentemente, de modo igual.

Dejours, ao formular essa preocupação e propor o estudo de populações não adoecidas, parte de pressupostos teóricos e de instrumentos metodológicos declaradamente psicoanalistas, não necessariamente aceitos por todos, em que pese a incorporação de uma série de conceitos psicanalíticos ao cotidiano das pessoas. Afirma ele que a transposição do círculo familiar para o espaço do trabalho, socialmente mais alargado, implica a necessidade de uma correspondência que impeça rupturas significativas e permita a cada indivíduo perseguir seu questionamento interior e traçar uma história, engajando-se, pelo trabalho, em relações sociais mais espaçosas, para o qual transfere "as questões herdadas do seu passado e de sua história afetiva", correspondência que ele chama de "ressonância simbólica". Para a construção dessa ressonância simbólica e afetiva são necessárias, diz, a escolha de uma profissão, a possibilidade de concepção do que se faz e o julgamento dos outros, posto que o reconhecimento social é a retribuição fundamental para a sublimação. No entanto, admite, o entrave ao jogo da sublimação pode não resultar da incapacidade psíquica do sujeito, mas das condições do trabalho nas organizações. Na impossibilidade de elaborar dentro das organizações essas condições favoráveis, diz ainda, o indivíduo não se beneficia do trabalho para dominar seu sofrimento e transformá-lo em criatividade. A única saída possível é a doença. "Nesse caso falaremos de sofrimento patogênico", afirma. A possibilidade de ruptura desse círculo vicioso seria garantir aquela ressonância, articulando-a com a transformação das organizações em "espaços públicos".[55]

Sem descartar a necessidade de conformar os 'espaços públicos' dentro das organizações, certamente essencial à elaboração de formas de resistência ou de insubmissão não defensivas, a concretização do que o autor chama de ressonância simbólica, como admite, é contida pelas próprias organizações. Desgraçadamente, essa restrição não é inocente, mas uma estratégia em si, posto que a produtividade na sociedade industrial está associada historicamente à coerção.[56]

---

[55] DEJOURS (1992); DEJOURS, ABDOUCHELI & JAYET (1994).

[56] Como diz GORZ (1992), "Toda ação é economicamente racional na medida em que visa a maximização da produtividade e que é só possível sob duas condições: 1ª: que a produtividade esteja desvinculada do trabalhador em si e se expresse como quantidade calculável e mensurável; 2ª: que a meta econômica da maximização de produtividade não esteja subordinada a qualquer objetivo não econômico, de caráter social, cultural ou religioso, podendo portanto ser buscado impiedosamente... Só a concorrência ilimitada em mercados livres possibilita essa impiedade e até mesmo induz a ela. Só a "economia de livre mercado" permite à racionalidade econômica tornar-se independente das exigências da sociedade."

Gorz (1992) estima que apenas 5% da população trabalhadora das várias categorias, prevalentemente a dos intelectuais, poderiam estar satisfeitos com o trabalho que fazem e seriam capazes de escolher uma profissão, conhecer o que fazem e obter o reconhecimento social ou do outro, elementos, em tese, indispensáveis à sublimação a que se refere Dejours.

Se de fato inexiste, para a quase totalidade dos trabalhadores, a possibilidade de encontrar prazer no trabalho, restariam duas saídas possíveis: a doença sem causalidades reconhecíveis ou objetivas – como expressão sutil da patogenia essencial do trabalho moderno –, ou a formulação de modos de insubmissão eficazes, isto é, coletivos e socialmente válidos para enfrentá-la.

# uma doença emblemática

*Nada é mais punitivo do que atribuir um significado a uma doença quando esse significado é invariavelmente moralista. Qualquer moléstia importante cuja causa é obscura e cujo tratamento é ineficaz tende a ser sobrecarregada de significação. Primeiro, os objetos do medo mais profundo (corrupção, decadência, poluição, anomia, fraqueza) são identificados com a doença. A própria doença torna-se uma metáfora. Então, em nome da doença (isto é, usando-a como metáfora), aquele horror é imposto a outras coisas. A doença passa a adjetivar. Diz-se que isto ou aquilo se parece com a doença, com o significado que é nojento ou feio.*

Sontag (1984:76)

Os atuais transtornos e lesões das partes moles dos segmentos superiores do aparelho locomotor atribuídas aos esforços repetitivos do trabalho (LER)[57] são um modo de adoecimento emblemático, revelador das contradições e da patogenia social e do trabalho desse novo ciclo do desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista que Offe (1990) chama de "capitalismo desorganizado", Harvey (1994:115-184) de "acumulação flexível" e vários outros, de "terceira revolução tecnológica" (Coutinho, 1992; Cardoso de Mello, 1992).

São características principais desse ciclo: a concentração e a acumulação maiores do capital financeiro, via transferências de dinheiro volátil mediante operações no mercado internacional de capitais; a formação de grandes oligopólios, cujos interesses transitam sem fronteiras, com a eliminação das barreiras fiscais e protecionis-

[57] A designação se fundamenta na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/CID-10/1993, da Organização Mundial da Saúde, que enquadra esses transtornos no Capítulo XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo.

tas dos países menos industrializados transformados em mercados abertos; a automação acelerada e a adoção de novas formas de racionalização da produção e organização do trabalho objetivando o fechamento dos 'poros' dos tempos de produção e trabalho e aumentando a exploração intensiva da força de trabalho; flexibilização e descentralização da produção e deslocamento da força de trabalho para áreas cinzentas do mercado, não regulamentadas e não fiscalizadas, eufemicamente chamadas de mercado informal; desemprego, subemprego e trabalhos sazonais; privatização dos bens públicos, mesmo daqueles admitidos antes como puros ou perfeitos, como saúde, educação, segurança, seguridade, ou imperfeitos, como energia elétrica, água, esgoto, transportes, meio ambiente etc., e sua transformação em produtos de mercado; redução do tamanho e do poder do Estado e maximização do discurso e práticas sobre a estabilidade da moeda, equilíbrio das contas e pagamento das dívidas públicas; contenção das políticas de redistribuição de renda e dos investimentos sociais e do Estado; esvaziamento das políticas e representações públicas e estabilização do formalismo democrático; culto exacerbado do individualismo e do hedonismo dos que podem consumir; forte estímulo para adoção de novos padrões de bens de consumo materiais, artístico-culturais e estéticos, rapidamente deterioráveis; incentivo indireto às práticas anti-sociais e às atividades econômicas subterrâneas e delinqüentes; violência urbana; comportamentos e valores sociais conservadores; perda de perspectivas de vida para os segmentos jovens da população, angústia e medo dos segmentos de meia idade e desesperança dos idosos; aumento das mortes por acidentes de veículos, por homicídios e suicídios; aumento das mortes súbitas por doenças cardiocirculatórias, elevação da morbidade por doenças mentais, digestivas, neoplásicas e osteomioarticulares, direta ou indiretamente relacionadas com o trabalho.

Não cabe aqui discutir a primazia da ciência e da tecnologia no desenvolvimento da sociedade, embora ordená-las assim possa induzir a que se lhes debitem os efeitos perversos decorrentes de sua apropriação privada e de sua incorporação e uso abusivos, como são exemplos recentes, no campo do trabalho, o desemprego, o subemprego, a informalidade crescente das inter-relações, o desassossego previdenciário. No campo da saúde, são exemplos o sofrimento mental e o crescimento das doenças do trabalho, como as LER e as doenças ditas 'psicossomáticas' e 'crônico-degenerativas'. Enfim, não credite-se ou debite-se ao conhecimento e às máquinas, velhas ou novas, os problemas políticos, sociais e de saúde.

Um dos mitos que as LER estão ajudando a derrubar com seu explosivo crescimento é de que as novas tecnologias eliminariam o trabalho manual, uma vez que se está adoecendo, justamente das mãos, por excesso de trabalho. Com a automação crescente estaríamos prestes a viver em um mundo em que a produção, transporte e distribuição seriam inteiramente automatizados e os computadores 'inteligentes' determinariam o fim – por que não? – até do trabalho intelectual ou de concepção.[58]

De fato, nesses dois últimos séculos, principalmente no último e mais ainda na metade do presente, embora a massa global de horas/trabalho vivo despendida na produção tenha aumentado várias vezes, a produtividade em cada uma dessas horas cresceu a uma velocidade e volume muitas vezes maior. Ou seja, produz-se hoje várias centenas de vezes mais com um dispêndio relativamente menor de energia e trabalho humanos.[59] Essa maior produtividade tem dois componentes principais: a incorporação de inovações tecnológicas em termos de materiais, instrumentos e processos e as mudanças das características do trabalho.

Os elementos causais mais perceptíveis ou emergentes desse processo é o primeiro componente, isto é, as transformações tecnológicas que parecem, às vezes, ocorrer em 'saltos para cima', como se fossem autônomas e configurassem por si mesmo sucessivas 'revoluções'. Sabemos que as coisas não se passam assim e que essa é uma representação da realidade, um modo de interpretar a história do desenvolvimento das sociedades e do conhecimento, desumanizando-a e mitificando a tecnologia. As técnicas, vale dizer, as práticas do trabalho, o homem as tem aperfeiçoado e as adotada para poupar-se e dar à sua ação sobre a natureza maior eficácia, ao menos até o advento da Revolução Industrial. Isso significa que o aumento da produtividade é inerente ao desenvolvimento do homem e da sociedade, não a expropriação do conhecimento e do trabalho.

Com a Revolução Industrial e burguesa houve a aceleração do processo de liberação das forças produtivas, acompanhada simultaneamente de uma apropriação maior do trabalho por parte do capital. Tal como as técnicas, as tecnologias industriais deveriam poupar trabalho se, utopicamente, pertencessem aos que o realizam por necessidade, isto é, para produzir bens de uso, mas que apropriadas pelo capital são transformados em bens de troca, em mercadorias. À medida que se sucedem os ciclos de desenvolvimento e crise do capitalismo, cresce a expropriação das tecnologias – cada vez mais automatizadas –, aumenta a massa de trabalho abstrato e alienado do trabalho.

---

58 Kurz (1992:16-29); Antunes (1995:73-102); Offe (1994:19-70, 167-198); Gorz (1992).

59 Landes (1994:49-129).

Apesar da maior quantidade de massa de trabalho extensivo, medida em termos de horas/trabalho, e da maior intensidade do trabalho, o aumento extraordinário da produtividade nesses dois séculos se deveu, certamente, ao crescimento ainda maior do 'trabalho morto' executado pelas máquinas, acompanhado sempre de novas técnicas organizativas e administrativas de exploração 'do trabalho vivo', dentro da lógica inexorável e a incessante necessidade do capital de se multiplicar.[60]

Não é de estranhar, portanto, que apesar do fantástico aumento da produtividade em todos os setores da economia, a jornada formal de trabalho que nos países industrializados passara a ser de oito horas há um século continue a mesma, salvo algumas exceções, sem contar as habituais horas extras impostas, mesmo no mais industrializado e liberal desses países, os EUA.[61]

## Determinação *versus* causalidade

Entre as significativas mudanças ocorridas com o trabalho vivo no atual ciclo de desenvolvimento e crise do modo de produção das sociedades capitalistas está a redução do uso da força, cujo dispêndio energético, medido em calorias e fundamentado na fisiologia alemã do fim do século XIX, servia para estabelecer a remuneração do trabalho, inclusive no Brasil.[62]

Mudaram de natureza as exigências do trabalho com o advento das novas máquinas automatizadas, entre elas os robôs e os computadores, e com a nova organização do trabalho. Tais exigências não têm mais o caráter antigo de deslocamento de carga ou peso dos ciclos anteriores da produção capitalista que exigia força bruta. O corpo continua sendo exigido, mas de outro modo. Os esforços são agora bem mais leves, mas contínuos, rápidos, dando a impressão de serem inócuos, tal a leveza no manuseio das máquinas industriais e dos escritórios. E quando se requer mais destreza, exige-se mais atenção. Agora, o corpo sai pouco do lugar. Nesses trabalhos atentos, tensos e intensos, a cabeça e os olhos seguem os passos rápidos da produção, as mãos se movimentam mais que o resto do corpo e os braços as acompanham ou se colocam em posturas mais ou menos rígidas para que elas executem as tarefas prescritas.

A baixa quantidade da força muscular exigida e a repetição dos movimentos são, entre outros, os elementos responsáveis pela intensidade e aceleração do ritmo do processo de produção e pelo aumento da produtividade. Ao lado da

---

60 Marx (1975:359-411).

61 Navarro (1995).

62 Ribeiro (1968); Ribeiro & Lacaz (1985:218-222).

sobrecarga musculotendinosa estática, esses são os elementos físicos habitualmente presentes e mais responsabilizados por lesões de órgãos e tecidos do aparelho locomotor.

Nesse ciclo "pós-moderno" do capitalismo,[63] a presença desses componentes que integram a materialidade do processo do trabalho e de outros menos perceptíveis que compõem sua organização e a concomitante e crescente ocorrência das LER em todo o mundo, as fizeram reconhecidas como doenças ou modos de adoecimento inequivocamente relacionados com o trabalho. Tratava-se de uma evidência empírica tornada consistente por uma associação positiva e significante. Haveria uma relação de causa e efeito, quase do tipo 'dose/resposta', cujos modelos explicativos, respeitadas as diferentes nuanças, tomam como referência o modelo clássico de Leavell & Clark (1976:37-98).[64]

O modelo de Kuorinka & Forcier (1995) foi construído a partir de três grupos de elementos: os designados fisiopatológicos ou individuais, correspondendo ao "hospedeiro" de Leavell & Clark; os fatores gerais de risco, concernentes ao "agente", no caso o trabalho em si; e as características do meio do trabalho ou "ambientais". Não obstante considerarem os fatores externos importantes, os autores admitem não os ter levado em conta. Apesar da interação dos fatores que propõem os autores, este é um modelo conceptual de causação linear e positiva, em que a doença é uma entre as possíveis e várias resultantes. É centrado na internalidade do trabalho e nas reações biológicas do trabalhador, como se produção, trabalho e trabalhador pudessem ser despojados de sua condição histórica e social e suas inter-relações fossem atemporais.[65]

Não se negue a importância da teoria da multicausalidade. Ela tem sido de extrema valia para a consolidação da medicina contemporânea, alicerçada sobre os primados do positivismo. É útil aos médicos quando buscam, no indivíduo, o diagnóstico dos seus males, relacionando-os com causas aparentes e próximas. Serve, também, à pessoa do doente quando na sua singularidade procura recuperar a saúde perdida e assegurar prerrogativas trabalhistas, previdenciárias e de cidadão adoecido do trabalho, com base no direito moderno igualmente positivo, que exige a compro-

---

[63] Harvey (1994:115-184).

[64] Admitindo explicitamente essa matriz, Kuorinka & Forcier (1995:06-11) explicam que seu modelo repousa "sobre dois aspectos essenciais: que todos os elementos estejam ligados entre si, ensejando reações em cadeia, de modo tal que qualquer modificação de um elemento cria um novo estado que serve de base a um novo ciclo; além disso, os fatores de ordem organizacional e psicossocial são também considerados, ou tendo influência sobre os outros, por exemplo, sobre a organização do trabalho e a carga mecânica, ou tendo influências mais particulares, por exemplo, sobre o plano do mecanismo do estresse".

[65] Fachini (1993).

vação da causalidade ou concausalidade do trabalho na doença. Pode embasar, também, algumas intervenções técnicas sobre as condições, ambientes e até sobre a organização e relações do trabalho, com alguma eficácia, embora sempre pontual. Enfim, a teoria da multicausalidade tem certa eficiência e praticabilidade e é sobre ela que se assenta o reconhecimento das LER como doença do trabalho. A insuficiência da teoria da multicausalidade para explicar esta ou qualquer outra doença não está no que ela permite identificar dentro da lógica formal, mas no que acaba ocultando e embaraçando.

O homem, em sua evolução, aprendeu a fazer outros usos de suas mãos, além daquele tão restrito de apreender os objetos. A sensibilidade, o contato, a percepção das formas e a projeção das mãos como instrumento de conhecimento e transformação do mundo têm sido um longo aprendizado que teve correspondência no córtex cerebral. Transformando-o, transformou-se. Nesse percurso, ela deixou de ser meramente um órgão motor para se fazer, também, um órgão de expressão e vontade. O uso ágil, sensível, preciso e coordenado das mãos é, talvez, a mais acabada construção social, histórica e biológica do homem.

Enquanto movimentos de flexão e extensão, manusear peças eletrônicas, teclas de um computador, cordas ou teclados de instrumentos musicais têm poucas diferenças. Variarão, certamente, de força, intensidade, ritmo e extensão do tempo de manuseio, mas as diferenças do trabalho de um operário da indústria eletroeletrônica, de um bancário, de um instrumentista de orquestra sinfônica e de um músico de jazz não são apenas dos instrumentos e meios e da natureza quantitativa dos movimentos. Há muitas outras, além dos elementos constitutivos físicos de cada um desses trabalhos, que dizem respeito ao seu conteúdo intrínseco, à sua organização, natureza social e à sua história.

No entanto, é freqüente, embora pouco original, comparar as atividades de uma produção com elevado nível de tecnicidade e organização, que pode ser a de uma empresa industrial ou financeira, com uma orquestra sinfônica, onde cada trabalhador, sentado ou de pé, daria conta de uma partitura. Na realidade, essa aparente sintonia, longe de resultar em uma sinfonia carregada de sentimento, é uma seriação de tarefas simples, repetitivas, que têm a ver com a divisão racional do trabalho, muito diferente do trabalho coletivo dos instrumentistas de uma orquestra, concebido e exercido com razoável autonomia, embora preso, rigorosamente, a um texto e sob a batuta de um maestro. Já nas bandas de jazz, a liberdade de conceber e tocar é absoluta.

Nas diferenças qualitativas do trabalho, provavelmente mais do que nas de natureza quantitativa dos movimentos e posturas físicos, estariam as causas da desigualdade de prevalência das LER nas diversas categorias profissionais e até dentro de

uma mesma categoria. Não é de estranhar, pois, que altas prevalências de LER sejam encontradas em trabalhadores da linha de montagem fabril, estas bem maiores que entre os escriturários-caixas de banco.[66] Músicos também têm LER, mas conquanto elas sejam razoavelmente freqüentes entre os que integram orquestras sinfônicas, não têm expressão numérica entre instrumentistas de jazz.[67]

Criar e executar, sobretudo com a liberdade com que fazem os músicos de jazz, implica sentir o trabalho de um modo totalmente diferente do cumprimento de tarefas simples, esvaziadas de conteúdo e com escasso domínio sobre meios, instrumentos, processos e fins, como ocorre nas linhas de montagem industrial ou nos balcões de bancos.

O cumprimento de tarefas repetitivas, nem por isso despidas da exigência de atenção e realizadas sob permanentes pressões e tensões – que a experiência pode amenizar, mas não elimina –, faz o trabalho real e automatizado de hoje penoso e sofrido em qualquer setor.[68]

Nem mesmo entidades patronais nacionais, como a Federação Brasileira de Bancos (s.d.), nega uma dimensão do trabalho, senso estrito, na geração das LER, mas não se há de querer culpar por esses infortúnios as máquinas e os ambientes de trabalho, meros mediadores materiais e constitutivos da produção.

Não é a automação dos processos de produção que causa as LER, como não são as novas tecnologias que desempregam; que o digam as trabalhadoras da indústria de vestuário, remuneradas por peça confeccionada e que em grande número estão se tornando incapacitadas para trabalhar devido às LER.[69] Esses são epifenômenos resultantes de uma situação que remete, inexoravelmente, à propriedade desses meios e instrumentos. A patogenia não está neles, mas na sua apropriação, incorporação e uso, e também na inerente reorganização do trabalho que o patronato impõe e as gerências e chefias administram, sem preocupação maior com as repercussões sociais e sobre a saúde dos que realizam o trabalho.[70]

Os conflitos entre os interesses do capital, beneficiário direto dessa incorporação tecnológica, e as necessidades dos que trabalham subalternamente sem poder interferir ou interferindo muito pouco nas políticas empresariais, podem emergir catastroficamente, sob várias formas, uma delas, de um adoecimento coletivo, exemplo das LER, cujas vítimas dessa violência oculta ou disfarçada, mais uma vez, são os trabalhadores hierarquicamente mais subordinados.

---

66 Nakaseko, Tokunaga & Hosokawa (1982); Silverstein (1986) apud Couto (1991); Ribeiro (1995).

67 Dupuis (1995).

68 Bammer, 1987; Ferreira, 1989; Hunting et al. (1994).

69 Brisson, Vinet & Vézina (1989).

70 Diesat (1994); Dieese/Diesat (1994); Pena (1985); Pagès et al. (1990:73-96).

## Evolução histórica

O conhecimento de que o trabalho braçal e os esforços brutais causam lesões osteomioarticulares dos membros superiores é muito antigo e 'atravessa' o tempo. O conhecimento mais contemporâneo e muito menos difundido de que os esforços leves e contínuos desses membros podem levar a lesões dos mesmos tecidos, também precede à Revolução Industrial. O sofrimento dos artesãos escriturários ao realizar seu trabalho, caracterizado por esforços leves, repetitivos e pela sobrecarga estática das estruturas do membro superior, em que a atenção e a tensão eram, também, uma exigência do trabalho, já tinha sido descrito por Ramazzini há 300 anos.

A exigência principal do trabalho na produção industrial, notadamente no segundo ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo, entre 1870 e 1950, foi a da força muscular bruta, resultando em doenças e acidentes do trabalho graves com lesões freqüentes, cruentas e não cruentas, que modularam de forma diferente e brutal o perfil da morbi-mortalidade da classe trabalhadora. Surge daí a legislação acidentária específica, a primeira delas na Alemanha em 1884, seguindo-se as de outros países, acompanhando seu processo de industrialização.[71]

A aceleração da automação, agora eletroeletrônica, do processo de produção, uma das características do ciclo atual de desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista que se inicia em torno de 1950, vem fazendo decrescer o número de lesões típicas dos acidentes, entre as quais sempre estiveram as osteomioarticulares dos membros superiores, umas mais e outras menos aparentes, com ou sem mutilações. Também as velhas e clássicas doenças ditas 'profissionais' ou 'ocupacionais' deverão se tornar menos freqüentes com a adoção de novos materiais, inovações de tecnologias e processos produtivos.

A mudança da infortunística do trabalho se deve, em grande parte, à redução dos movimentos de força, agora substituídos por movimentos leves, repetitivos, habitualmente de elevado ritmo, executado nas fábricas, mas, principalmente, no setor terciário (serviços, comércio, administração etc.), no qual se concentram hoje, nos países industrializados, mais de 60% da força de trabalho. A violência do trabalho, ainda bastante explícita nos países de economia dependente e de industrialização tardia, faz-se mais oculta em todo o mundo, mais sutil, sem uma causalidade material tão denunciadora.

Os sintomas descritos em 1700 por Ramazzini (1971:157-159), em artesãos escriturários, se assemelham aos que acompanham as lesões das partes moles do membros superiores atribuídas aos atuais 'trabalhadores de escritório', como os chama

[71] Saad (1995:25-48).

Braverman (1981:249-302); mas são muitas as diferenças entre o modo de adoecimento dos escribas descrito por aquele autor e o da sociedade de escribas que acabamos nos tornando. Talvez a mais significativa seja a de que, naquela época, as LER eram um modo mais raro de adoecer, visto ser a escrita uma atividade partilhada por um número bem pequeno de pessoas que usavam a pena de ave como principal instrumento de trabalho.

Este caráter ocupacional e restrito das LER permaneceu assim por um longo tempo em todo o curso do primeiro ciclo da Revolução Industrial, mesmo quando, a partir de 1830, o instrumento da escrita, a pena de ave, foi substituída por uma inovação tecnológica, a 'pena de aço'. A escrita se fez mais veloz e a sensação de peso, as dores e cãibras nas mãos e braços se fizeram mais freqüentes entre os que praticavam o ofício, que, de tão numerosos, haviam se tornado uma categoria, agora formalmente assalariada.

Com o desenvolvimento e expansão do telégrafo, após 1870, dos mesmos sintomas veio padecer a nova categoria profissional dos telegrafistas,[72] sintomas reconhecidos na Grã-Bretanha, em 1908, como doença do trabalho (*telegraphist' cramp*). Nesse caso, o esforço repetitivo era sobre uma tecla e não mais sobre a pena. A expansão da doença dentro dessa categoria levou mais tarde a que uma comissão de peritos do Fundo de Compensação dos Trabalhadores revisse a questão, concluindo que se trataria de uma "predisposição individual" e que, portanto, dever-se-ia fazer uma seleção mais cuidadosa para o ingresso dos trabalhadores nesse tipo de trabalho.[73] Duas outras novas categorias, a dos mecanógrafos-datilógrafos e a dos telefonistas, vieram a apresentar os mesmos sintomas e tiveram reconhecida sua doença como sendo decorrente do trabalho – na Suíça, em 1918. Suas vítimas foram indenizadas pelos empregadores.[74]

Apesar da freqüência cada vez maior das LER, a destreza das mãos permaneceu por um bom tempo como exigências restritas a alguns trabalhos e categorias, embora houvesse tendência crescente à sua generalização, com a incorporação da automação mecânica.

Após a metade do presente século esse caráter e as exigências do trabalho se tornaram universais, invadindo literalmente todas as atividades econômicas e sujeitando todas as categorias a essa doença.[75] No que diz respeito à tecnologia, o que marca essa inflexão é a acelerada automação dos processos de produção, não mais mecânica, mas eletroeletrônica, simbolizada pelos robôs e computadores.

---

72 Ferguson (1971); Dembe (1995).

73 Lucire (1986).

74 Baader (1960:254-258).

75 Ohara, Itani & Aoyama (1982); Onishi et al. (1982); Armstrong et al. (1982); Chatterjee (1987); Bammer & Martin (1988, 1992); Osorio et al. (1994).

Assim, as LER perderam o caráter de um modo de adoecimento de umas poucas categorias, para se tornar de todas, ocorrendo com tal freqüência que se tornou um grave problema de saúde pública e do trabalho em todos os países industrializados após a década de 50.[76]

O Japão, único país que viveu o horror de dois bombardeios atômicos e retirou-se em pânico e humilhado da Segunda Guerra Mundial, foi extraordinariamente favorecido pelos Estados Unidos para a recuperação veloz do seu parque industrial. Não se tratava de nenhum sentimento de culpa pelas catástrofes de Hiroshima e Nagasaki, mas de interesses geopolíticos e econômicos no Oriente, onde os americanos precisavam de um aliado fiel e grato que fizesse frente à União Soviética e à China.

O capital e o Estado japoneses traçaram acordos sobre algumas estratégias. Uma delas, a vitaliciedade no emprego para os trabalhadores das grandes empresas dos setores de ponta, apostando na qualificação e na polivalência de funções e tarefas dos operários, culturalmente pouco afeitos a embates frontais com o capital. A partir daí, concederam relativa autonomia aos grupos operários setoriais das fábricas para que definissem a incorporação ou não de certas tecnologias novas e os autorizaram também a solucionar problemas menores dos processos de produção, sem a interferência das chefias. Em troca, a jornada de trabalho foi expandida a limites quase insuportáveis e cobrou-se-lhes devoção absoluta à empresa. Célere, o país progrediu em termos de automação e racionalização da produção e de domesticação de sua força de trabalho.

Não surpreende que tenha tal país, o primeiro a se dar conta, no fim da década de 50, de que seus trabalhadores estavam adoecendo, com uma freqüência inusitada, de doenças osteomioarticulares dos membros superiores. A intensa busca da produtividade e as novas relações e organização do trabalho, paralelamente à automação florescente, foram logo identificadas como responsáveis pelo impacto negativo sobre a saúde dos trabalhadores das mais variadas categorias, tornando os distúrbios cervicobraquiais ocupacionais (*Occupational Cervicobrachial Disorders – OCD*) – nome dado às LER naquele país – um sério problema social e de saúde pública.[77]

Os que historiam a evolução da doença no Japão afirmam que sua expansão se deveu à elevada sobrecarga e intensidade do trabalho, alta velocidade nas operações com máquinas manuais, períodos muito alongados de trabalho contínuo, aumento individual das tarefas que requerem movimentação exagerada dos dedos e dos outros segmentos do membro superior, empobrecimento do conteúdo do traba-

---

[76] BAMMER (1987, 1988, 1990); TOLA et al. (1988); KILBON (1987).

[77] ONISHI et al. (1976); MAEDA, HUNTING & GRANDJEAN (1982a).

lho, controle rígido das chefias e à redução do repouso e do lazer. Segundo eles, de 1 milhão e 691 mil trabalhadores, em média, 10% eram sintomáticos. A maior prevalência (20,9%) foi encontrada entre os trabalhadores da linha de montagem. A terceira categoria mais atingida, com uma prevalência de 9,4%, era a dos trabalhadores de escritórios.[78]

Nas décadas seguintes, no rastro da acelerada incorporação das novas tecnologias de automação, sempre associada às novas formas racionais de organizar o trabalho, as LER ganharam outros países industrializados, com os nomes de *Occupational Cervicobrachial Disorders/OCD* na Alemanha e países escandinavos, *Cumulative Trauma Disorders/CTD*, *Occupational Overuse Syndrome/OOS*, *Repetitive Strain Injury/RSI* e *Work Related Musculoskeletal Disorders/WMSDs* nos Estados Unidos da América do Norte, *Repetitive Strain Injury/RSI* na Austrália e *lésions atribuibles au travail répétitif/LATR* no Canadá.

Nos EUA, as LER alcançaram vulto nos primeiros anos da década de 80. Silverstein, em tese de 1985 (Couto, 1991), demonstrou que a prevalência em seis indústrias metalúrgicas mostrou-se próxima àquela dos trabalhadores da linha de montagem no Japão e que em 147 dos 574 adoecidos, os movimentos de força e elevado ritmo foram identificados como causas mais próximas. Sete anos mais tarde, uma revista americana de ampla circulação no mundo inteiro incumbiu-se de difundir alguns dados oficiais do governo: 50% de todas as doenças do trabalho notificadas no país eram por *Repetitive Strain Injury* (RSI) provocadas pelo trabalho, sobretudo pelo uso de microcomputadores e tecnologias assemelhadas. Estariam ocorrendo anualmente 185 mil casos novos. Cerca de 45 milhões de trabalhadores americanos, ou seja, metade da força de trabalho do país, estaria sujeita a adoecer devido ao trabalho automatizado. Os custos estimados com perda de produtividade e assistência médica foram estimados em 7 bilhões de dólares naquele ano.[79] Em 1998, o número total de ocorrências de LER subiu para 650 mil, sendo responsáveis por 1/3 das ausências anuais ao trabalho, a um custo estimado entre 15 a 20 bilhões de dólares (Jeffress, 1999).

Uma recente revisão sobre as doenças osteomioarticulares do pescoço e membros superiores em trabalhadores de escritório em 16 países (Japão, Austrália, EUA, Alemanha, Suíça, Suécia, Grã-Bretanha, Finlândia, França, Índia, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Holanda, Singapura e Rússia) descreve não só a identidade dos sintomas e causas imediatas, como também a expansão e as especificidades no encaminhamento dessas patologias em cada um.[80]

---

[77] ONISHI et al. (1976); MAEDA, HUNTING & GRANDJEAN (1982a).

[78] NAKASEKO, TOKUNAGA & HOSOKAWA (1982).

[79] HOROWITZ (1992).

[80] BAMMER (1990).

O reconhecimento da dimensão e transcendência das LER tem suscitado, nos últimos anos, inúmeros seminários, congressos e pesquisas, algumas multicêntricas, não pairando qualquer dúvida para os institutos, centros e grupos que pesquisam as inter-relações do trabalho com a saúde, de que o trabalho repetitivo, a sobrecarga musculoesquelética estática e a nova organização do trabalho, aliadas à automação, estão estreitamente associadas na causalidade das LER.[81]

Concordam os pesquisadores que embora os movimentos repetitivos leves estejam entre as principais causas imediatas das LER, o esforço musculoesquelético estático, aparentemente pequeno, porém permanente, de manter os membros superiores contraídos no curso do trabalho em pé ou sentado, explicaria a multiplicidade das partes e segmentos atingidos e a bilateralidade das lesões.[82] Acordam ainda que a prevenção da doença está na dependência não só de medidas ergonômicas e físicas para melhorar as condições e ambientes do trabalho, mas de outras ligadas à sua organização, como redução da jornada, interrupção regular das tarefas ou pausas, revisão das relações do trabalho com a finalidade de reduzir as pressões e tensões do trabalho etc.[83]

Essa consensualidade sobre as causas próximas, no trabalho, relacionadas à ocorrência das LER, implica que uma intervenção, para ter eficácia, requer um conjunto de medidas simultâneas para evitar novos casos, detectar, diagnosticar e tratar precoce e adequadamente os casos em estados iniciais e dar também um tratamento especial aos casos crônicos, buscando resolver o difícil problema do retorno ao trabalho.[84]

A urgência dessas políticas e ações é óbvia: as vítimas de LER constituem uma população em plena fase produtiva, com idade prevalentemente abaixo dos 40 anos e, portanto, com expectativa de vida elevada, fato que acarreta enormes custos aos sistemas de saúde e seguridade.[85] Alguns pesquisadores relatam êxitos com intervenções no campo da prevenção e diagnóstico, atestados pela redução de novos casos e de incapacidade e reabilitação.[86]

---

81 Maeda, Hunting & Grandjean (1982a); Itani (1987); Kilbon (1987); Bammer (1987); Bammer & Blignault (1988); Brisson, Vinet & Vézina (1989); Kuorinka & Forcier (1995).

82 Nakaseko, Tokunaga & Hosokawa, 1982); Ohara, Itani & Aoyama (1982).

83 Maeda, Hunting & Grandjean (1982a); Itani, 1987); Bammer (1990).

84 Miyake , Himeno & Hosokawa (1982); Kitayama (1982); Kilbon (1987).

85 Chatterjee (1987); Kitayama (1982); Bammer & Blignault (1988); Tanaka et al. (1988); Brisson, Vinet & Vézina (1989); Kuorinka & Forcier (1995:01-03).

86 Nakaseko, Tokunaga & Hosokawa (1982); Miyake, Himeno & Hosokawa (1982); Chatterjee (1987); Feurstein et al. (1993).

Mas mesmo em países onde o problema foi detectado precocemente, as LER se mantêm na ordem do dia e fora de controle. A razão parece clara: elas não têm muita vulnerabilidade às técnicas de prevenção conhecidas. Além disso, as técnicas de detecção e tratamento precoces da doença não têm sido compatibilizadas com sua magnitude e transcendência social.

Diferentemente das epidemias que representam, potencialmente, uma ameaça a todas as classes e segmentos sociais, as LER, apesar de sua expansão, são seletivas, atingindo prevalentemente aqueles que realizam o trabalho real e cujo adoecimento parece, a essa altura, estar comprometendo a produção. Mas no ciclo atual do capitalismo, mais do que nos anteriores, a força de trabalho está aí, abundante, a um preço incrivelmente baixo. Ante a incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho e aos custos previdenciários, médicos e sociais, a preocupação imediata e maior permanece com os próprios trabalhadores e seus sindicatos, com os órgãos previdenciários e securitários e as instituições de saúde, todos perplexos sobre o que se deve de imediato fazer.

## A chegada ao Brasil

No início dos anos 80 as LER aportaram ao Brasil, com as mesmas características, agravadas aqui por uma negação e ocultação provavelmente maiores, vindo a se tornar, em pouco mais de 10 anos, um grave e, ainda assim, descuidado problema de saúde pública. Nos dias atuais, aqui e à semelhança dos outros países industrializados, elas constituem uma das mais freqüentes doenças do trabalho, de grande e crescente impacto sobre o sistema médico-assistencial e previdenciário, por vitimar todos os anos um grande contingente de trabalhadores jovens ameaçados com a perda definitiva de dois bens públicos essenciais que carregam: a saúde e a capacidade de trabalho.

Diferentemente, porém, dos países precocemente industrializados, onde emergiram primeiro no setor industrial, aqui elas começaram no setor de serviços, mais precisamente nos centros de processamento de dados de empresas estatais.[87]

No início de 1982, um representante dos funcionários da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) do Centro de Processamento de Dados (CPD) do Banco do Brasil em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, achou estranho o fato de nove digitadores aparecerem com o braço engessado com diagnóstico clínico de

---

[87] CARDOSO, TAVARES & CASTRO (1994).

tenossinovite. Levou sua preocupação à gerência do banco, suspeitando que fosse uma decorrência do trabalho. A empresa, alegando que tal não vinha acontecendo em outros CPDs, atribuiu o fato a uma suposta simulação. No fim do mesmo ano, os casos somavam 24. Ainda assim, o Banco continuou a entendê-las como doenças não relacionadas com o trabalho e, desse modo, não emitia a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), escudando-se no fato de a tenossinovite não ser reconhecida como doença do trabalho pela legislação acidentária brasileira.

O reconhecimento oficial da tenossinovite como doença do trabalho veio a acontecer cinco anos depois, em conseqüência do crescente aumento de casos entre digitadores e da pressão do Sindicato dos Empregados das Empresas em Processamento de Dados, a própria portaria do documento ministerial se refere à portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social (1987).

O número de casos de LER não parou de crescer, passando a vitimar não apenas digitadores, como bancários em outras funções, trabalhadores fabris (metalúrgicos, eletroeletrônicos, têxteis etc.) e de outras atividades econômicas (telefonistas, teletipistas, operadoras de caixas de supermercados etc.).

Nos primeiros anos da presente década, essas lesões, rotuladas de tenossinovite e de outros nomes, ou simplesmente de LER, tiveram um explosivo crescimento, acabando por ultrapassar, em termos de taxas, as doenças decorrentes do ruído e tornando-se a principal doença notificada à previdência social, apesar da relutância dos peritos em considerá-las mesmo como uma doença do trabalho.

Premidas por tais circunstâncias e com a interveniência direta do movimento sindical, o poder público, em várias instâncias e lugares, elaborou normas sobre as LER. Em 1991, o novamente unificado, por pouco tempo, Ministério do Trabalho e Previdência Social publica sua primeira norma sobre o assunto. Em 1992 é a vez de a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo fazer o mesmo, exemplo logo seguido pelo estado de Minas Gerais. Em 1993 é o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), da Previdência Social, que publica a sua, todas muito parecidas.[88]

Ainda assim, as resistências ao reconhecimento da doença e do seu vínculo com o trabalho persistem. Médicos não estabelecem o nexo causal, empresas se negam a emitir a CAT, documento insubstituível para a concessão dos 'benefícios' previdenciários, agentes e peritos médicos do INSS desmerecem os laudos dos médicos dos adoecidos e os centros de reabilitação profissional desse instituto

[88] O INSS publicou, em agosto de 1998, uma outra norma técnica sobre as LER. Sob o pretexto de reconceituá-las, rebatiza-as de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho/DORT; mas é clara a intenção de tornar mais restritivo o vínculo com o trabalho. (MPAS/INSS. OS nº 606 de 05/08/1998, DOU nº 158, 19/08/98).

protelam laudos e decisões, mesmo nos casos relacionados à incapacidade definitiva, em parte por desacreditar na doença e nos adoecidos, em parte por não saber o que fazer.

Provavelmente, em razão do seu nível de organização, poder de pressão e facilidade de acesso a serviços médicos mais diferenciados, os bancários e os metalúrgicos são as categorias em que tem havido mais registros de casos.[89] É previsível que o Brasil venha a ocupar um lugar indesejável e proeminente na casuística das LER no cenário internacional, apesar da contumaz subnotificação. Isso, devido às longas jornadas de trabalho e ao elevado nível de exploração a que estão submetidos os trabalhadores brasileiros.

O sistema bancário brasileiro tem tradição de vender no mercado nacional uma série de 'produtos' que fazem bastante densa e corrida a atividade e o trabalho bancários. Em face da concorrência dentro do setor, ao incorporar a informática e a telemática e, ainda, fazer da informação um novo e caro produto, ele não se desvencilhou dos anteriores. A reformulação da organização do trabalho e a simplificação de tarefas, trazidas com a automação e que se fizeram acompanhar de maciças demissões, sobrecarregou os bancários que permaneceram no emprego com tarefas antigas e novas, só que multiplicadas, numa versão piorada de polivalência funcional.

Embora as LER, mesmo entre trabalhadores sedentários e de escritório, sejam velhas conhecidas, há alguns fatos novos e relevantes: sua elevada e crescente importância entre as doenças diretamente associadas ao processo e organização do trabalho; o fato de que suas causas mais próximas e freqüentes estejam deixando de ser os movimentos de força, substituídos pelos toques leves e rápidos dos dedos sobre teclados de microcomputadores e assemelhados, e pela sobrecarga muscular estática inerente a esses tipos de trabalho; a formidável eficiência dessas máquinas, elevando direta e indiretamente a produtividade em todas as atividades econômicas, inclusive as do setor terciário, no qual se concentra hoje mais da metade da força de trabalho; o aparente paradoxo de que a incorporação de novas tecnologias e o formidável crescimento de produtividade se traduziu em desemprego e adoecimento, ao invés de redução da jornada e em melhor repartição de renda; e o fato das LER terem se tornado um grave e complexo problema de saúde pública e social, deixando de ser uma doença episódica e restrita a poucas categorias e a poucos trabalhadores.

Essa não diferenciação de categorias vitimadas pelas LER, que as fizeram uma doença universal do trabalho, se deve à própria não diferenciação que caracteriza o trabalho atual, nivelador, por baixo, dos conteúdos, salários e tempos de trabalho,

---

[89] Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social/Nusat (1991, 1992, 1993); Settimi & Silvestre (1995).

transformando diversas profissões e ocupações em uma imensa e amorfa categoria de 'escriturários'. São esses trabalhadores, dispostos em todos os setores e atividades econômicas, que cada vez menos se destinguem uns dos outros pelo que fazem e como vivem, que mais tendem a adoecer de LER, indicando uma aproximação de classe e categorias até no modo de sofrer.

Como explicar, ao longo desses anos, o desenvolvimento das LER em todos os países e nas diversas atividades econômicas sem que as autoridades, os sistemas reparadores de previdência social e assistência médica, as empresas e os seus sistemas de controle de segurança e medicina do trabalho, a classe trabalhadora e seus sindicatos lhes tenham dado a oportuna e merecida importância?

## O enfoque médico

Tenossinovites, tendinites, sinovites, miosites, fascites, bursites, epicondilites e neurites periféricas são designações consagradas pela medicina das lesões inflamatórias do sistema osteomioesquelético e conjuntivo e dos nervos periféricos. Apesar dessas designações se referirem, quase todas, aos tecidos de sustentação (ossos, músculos, tendões, fáscias e sinóvias), o processo inflamatório envolve sempre os tecidos vizinhos que integram nominalmente outros sistemas e aparelhos, como as artérias, veias e nervos locais.

Nos membros superiores, algumas dessas lesões ganharam nomes especiais, caracterizando ora os tecidos mais lesados e o presumido trajeto inflamatório – síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do túnel do carpo, síndrome do canal de Guyon, síndrome cervicobraquial, síndrome do pronador redondo –, ora sinalizando a imagem da seqüela ('dedo em gatilho'), ora homenageando quem melhor as descreveu ou estudou (moléstia de Dupuytren, doença de De Quervain).

Essas lesões ou síndromes podem ter etiologias diversas: infecciosa, reumática ou traumática, mas só são consideradas como doenças do trabalho se por ele causadas ou agravadas. Além das lesões já consagradas e localizadas, as outras difusas e pluritissulares quando atribuídas ao trabalho são designadas no Brasil tão-somente sob o termo genérico de Lesões por Esforços Repetitivos (LER).

A última Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde/CID10/1993 (OMS, 1994) enquadra a maioria dessas perturbações e lesões no Capítulo XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo. No caso daquelas atribuídas ao trabalho, estão no item *M.70.8* – Transtornos dos Tecidos Moles Relacionados com o Uso, Uso Excessivo e Pressão, Incluindo

aqueles de Origem Ocupacional, ou quando não alusivas ao trabalho, como no item *M.70.9* – Transtornos não Especificados dos Tecidos Moles Relacionados com o Uso, Uso Excessivo e Pressão. As neurites e síndromes neurológicas compressivas estão no Capítulo VI – Doenças do Sistema Nervoso (G.54;55 e 56), como mononeurites periféricas, transtornos do plexo braquial, síndrome do túnel do carpo etc., sendo pacífico que muitas resultam do trabalho.

A penúltima Classificação (CID-9/1975/OMS, 1978) também se referia a essas lesões, nos Capítulos XIII (727; 729) e VI (353; 354), mas sem atribuir causalidade explícita ao trabalho. Ao rever sua classificação, a Organização Mundial da Saúde evoluiu conceitualmente, admitindo que as doenças do trabalho não se restringem às de causalidade absolutamente demonstrável, sempre única e material, ditas 'profissionais' ou 'ocupacionais', mas inclui outras de causalidade múltipla e interativa no trabalho, certamente mais difíceis de se provar e comprovar.

Como se vê, além das lesões localizadas, também outros transtornos sem localização tecidual tão precisa, estão agora no CID-10 e foram sancionadas pela OMS como "perturbações pluritissulares anatômicas e ou fisiológicas, provocadas por fadiga neuromuscular consecutiva ao trabalho", tendo nos diversos países, como já se viu, designações bastante parecidas e sempre genéricas: Cumulative Trauma Disorders/ CTD, Repetitive Strain Injury/RSI, Occupational Overuse Syndrome/OOS, Occupational Cervicobrachial Disorders/OCD, Work Related Musculoskeletal Disorders/WMSDs, "Lésions Attribuables au Travail Répétitif/LATR" e Lesões por Esforços Repetitivos/LER, no Brasil.

Sob o ponto de vista etiopatogênico, na raiz desses processos estaria o trauma provocado por posturas e por movimentos voluntários ou não, variáveis quanto à intensidade, tempo e freqüência, em todo caso, desproporcionais à morfologia e à fisiologia dos tecidos submetidos às suas ações. Salvo nos traumas violentos, quando o movimento é sempre de impacto único e brusco, na maioria das situações as lesões resultam de microtraumas cumulativos, isto é, da sobrecarga estática prolongada e de movimentos de intensidade, tempo e freqüência mais ou menos regulares e cotidianos que se repetem meses e anos a fio. Movimentos de força ou de pressão contínua, movimentos de baixa força e elevado ritmo e contraturas prolongadas, desde que a somatória ganhe características traumáticas, ou seja, pouco toleráveis aos tecidos obrigados a suportá-los no tempo, podem resultar em processos inflamatórios.[90]

---

[90] Aschoff (1950:509-639); Anderson (1984); Browne, Nolan & Faithfull (1984).

As condições biomecânicas desfavoráveis do trabalho são potencializadas por outras características do trabalho moderno e automatizado, como a tensão sob a qual são realizadas as tarefas, a atenção requerida e as pressões múltiplas, algumas absorvidas, outras menos toleradas, causando franco sofrimento.

Várias das causas pressupostas têm sido objeto de mensuração, como a sobrecarga dinâmica e estática, o número e o ritmo dos movimentos, o tempo de trabalho etc. A atenção, tensão e pressões, conquanto perceptíveis, carecem de instrumentos de mensuração objetiva, restando as referências dos trabalhadores e vítimas. Kuorinka & Forcier (1995:06-11) fizeram uma revisão e análise criteriosas dos estudos editados em inglês, estabelecendo como premissas que os dados dos estudos fossem primários, que a relação com o trabalho fosse clara, que tivessem sido publicados após revisão dos editores, excluindo os estudos de caso e os artigos de síntese.

Algumas abordagens fazem do corpo que trabalha um campo experimental. Sem desmerecer os méritos possíveis na captação das respostas humanas às exigências do trabalho, historicamente elas têm caminhado para o estabelecimento de limites ou 'níveis de tolerância' acima dos quais o trabalho, nas condições postas, teriam repercussões fisiopatológicas detectáveis.

Conceitos e práticas originários dessas pesquisas podem resvalar para critérios de seleção da força de trabalho, em que presumíveis 'predispostos', 'susceptíveis' ou parcialmente incapazes poderão vir a ser excluídos sob o pretexto de evitar que adoeçam.

A necessidade ou possibilidade de conhecer e estabelecer os limites humanos ante as exigências do trabalho, sem que haja adoecimento explícito, está na ordem do dia nesses tempos de exclusão de pessoas do mercado de trabalho. É oportuno advertir que esse cientismo positivo pode ser ilusório e que a detecção de alterações fisiológicas ou psicológicas depende da escolha dos censores e sensores. A opção instrumental e metodológica nunca foi neutra; além de depender das condições materiais e objetivas para sua materialização, envolve, de antemão, a posição do pesquisador perante a pesquisa e ao objeto a ser pesquisado. E mais, envolve saber para que e quem se está pesquisando.[91]

De qualquer modo, o conjunto dinâmico de causas patogênicas do trabalho resulta em sofrimento físico que se exterioriza, no caso das LER, por distúrbios funcionais e lesões anatômicas localizados nos vários segmentos dos membros superiores,[92] às quais se soma um crescente sofrimento psíquico, agravado pela progressiva dificuldade em fazer as coisas dentro e fora do trabalho e pelo medo da incapacidade. Assim, as LER acabam se tornando uma doença total, biopsíquica, do trabalho, mas, repita-se, socialmente determinada.

---

[91] Herètien (1994:17-44, 103-124).

[92] Bammer & Blignault (1988); Viikari-Juntura (1993).

Respeitadas as diferenças de reações, típicas de cada um dos tecidos envolvidos, o traço fisiopatológico mais comum, embora não único, é o processo inflamatório, de início irritativo e assintomático, caracterizado por crescente, mas discreta exsudação, ou seja, pela presença de uma quantidade um pouco maior de líquido na região afetada, que não chega a sensibilizar as terminações nervosas e, dessa forma, não ultrapassa o limiar subjetivo e individual da dor, mediado pela produção de substâncias antálgicas, como as apomorfinas.

As percepções subjetivas (sintomas) ou objetivas (sinais clínicos) do processo vão depender de inúmeras variáveis. Além das características das estruturas orgânicas e das exigências do trabalho no tempo e lugar, a evolução para o estado de adoecimento está condicionado, dinamicamente, ao modo de cada um enfrentar essas exigências ou agressões, em suma, do modo de sentir e reagir em determinado momento e espaço. Particularmente, as LER não diferem de qualquer outra doença.

A localização das lesões nos segmentos do membro superior decorrem do seu envolvimento maior no processo de trabalho. Não por acaso, elas incidem, pela ordem, prevalentemente, nos segmentos distais, comprometendo menos freqüentemente o pescoço e o segmento cervical da coluna vertebral.[93]

Primordialmente, as mãos eram essencialmente órgãos de apreensão. Mesmo quando o homem primitivo passou a usar instrumentos manuais para o trabalho e com eles prolongar sua capacidade de intervenção e transformação da natureza e da sociedade, elas não perderam essa função essencial, resultante da oposição anatômica e funcional do polegar aos outros dedos. Os movimentos de extensão dos dedos e da própria mão sob o ponto de vista funcional estão subordinados filogeneticamente ao relaxamento prévio dos músculos flexores que se destinam ao ato de apreender e que são bem mais potentes que os seus antagonistas, os extensores. A alternância entre flexão e extensão e as tensões musculotendinosas não podem ultrapassar certos limites, quer em relação à força quer ao espaço de tempo entre os movimentos, sem colocar em risco a integridade funcional e morfológica dos tecidos.

São condições facilitadoras do trauma: a contigüidade de estruturas duras – como os ossos –, com outras de consistência menor e com flexibilidade, viscosidade, elasticidade e friabilidade diferentes entre si – como os músculos, fáscias, tendões, ligamentos, sinóvias, veias, artérias, sangue, linfa e nervos, todos obrigados a posições e movimentos com as características apontadas, em espaços, às vezes, estreitos, como as bainhas articulares, ou rígidos, como os percursos ósseos do ombro, cotovelo, mãos e

---

[93] MAEDA, HORIGUSHI & HOSOKAWA (1982b); ONISHI, SAKAI & KOGI (1982); MIYAKE, HIMENO & HOSOKAWA (1982); CHATERJEE (1987); KUORINKA & VIIKARI-JUNTURA (1982); VIIKARI-JUNTURA (1993); ANDERSON (1984).

dedos. É compreensível, pois, que os locais mais críticos sejam esses espaços, daí as lesões serem mais freqüentes exatamente nesses locais apontados. Os tendões, em particular, que dependem mais de sua visco-elasticidade que da elasticidade mais própria aos músculos, se ressentem de contraturas ou tensões prolongadas e dos movimentos rápidos e por tempo alargado, mesmo se leves, que impedem o repouso necessário à sua oxigenação e recomposição. O uso excessivo pode dar lugar à hipertrofia muscular em pontos críticos que podem constranger, progressivamente, vasos e nervos, provocando reações, sintomas e sinais mais ou menos patognomônicos.

Os sintomas mais precoces, variáveis conforme os tecidos envolvidos, são a sensação localizada de desconforto ou peso, anestesiamento, formigamento ou franca dor. Esta, de início leve, surda, inconstante, local e que aparece com os movimentos, pode se irradiar, se tornar difusa, despertada por pressões leves e acabar por se fazer espontânea e contínua. A dor é o mais freqüente, incômodo e limitativo dos sintomas.

Edemaciação, variações de calor ou cor locais, dor forte e persistente são sinais sugestivos do estado avançado das lesões, que se fazem acompanhar de redução maior ou menor dos movimentos e de incapacidade funcional temporária e até definitiva. Essa é uma conseqüência possível, acusando um grave e prolongado processo traumático.[94]

É esse processo traumático que provoca as lesões e é sua permanência que as agrava e pode levá-las à cronicidade e à irreversibilidade da doença. Por conseguinte, a reversibilidade depende, necessariamente, da eliminação do trauma em seu começo. Nesse momento, as alterações anatomopatológicas dos tecidos podem regredir e os tecidos se recomporem, dado o caráter predominantemente irritativo nos estados iniciais do dito processo.

A reversibilidade das lesões dos tecidos não significa, porém, que o indivíduo possa se submeter, novamente, a movimentos e sobrecargas musculoesqueléticas com características equivalentes aos anteriores. É, aliás, provável que movimentos amenos, se velozes ou contínuos, provoquem recidivas. Essas restrições impõem o reconhecimento de novos limites para essas pessoas, que podem levar ao equívoco de considerá-las cronicamente doentes, quando na realidade são pessoas sadias que não devem, como não deveriam antes, trabalhar por um tempo demasiadamente longo, acima dos limites que suportam. Se sobrevieram distúrbios e lesões é porque houve trauma e se eles retornam é porque há persistência da condição traumática.

O aparecimento de sinais clínicos e, sobretudo, de resultados positivos dos exames complementares, indicam que as lesões cursaram algum tempo e aí o prognóstico se torna mais sombrio quanto à reversão do quadro.

---

[94] MIYAKE, HIMENO & HOSOKAWA (1982).

A Associação de Saúde Industrial do Japão, para efeito de diagnóstico do estado da doença, possibilidade de retorno ao trabalho e reconhecimento da incapacidade, classificou progressivamente as lesões pluritissulares das LER em cinco estados.[95] A par da utilidade pragmática do enquadramento dos adoecidos em estados ou estádios, para efeito da possível delimitação dos seus limites e percepção de benefícios, elas podem sugerir, inadvertidamente, 'estágios', como se a doença tivesse um curso inexoravelmente evolutivo. No entanto, a reversibilidade das lesões e a involução de um estado mais avançado para outro menos grave é comum.[96]

O diagnóstico é sempre clínico. Na literatura internacional há poucas referências sobre exames complementares para o diagnóstico, salvo nas síndromes neurológicas compressivas em que a eletroneuromiografia é freqüentemente solicitada. Presume-se que o diagnóstico precoce torne-os desnecessários, pois nos estados iniciais os exames complementares – radiografia, ultra-sonografia, eletroneuromiografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada –, ainda que solicitados, executados e interpretados judiciosamente, são pouco conclusivos. Quando positivos é porque as lesões são graves, só parcialmente reversíveis, ou irreversíveis.

Qualquer que seja o estado da doença, o afastamento do trabalho é uma prescrição terapêutica obrigatória. Nesse aspecto, há uma consensualidade internacional absoluta. A razão é óbvia: poupar o adoecido de continuar sujeito às agressões do trabalho que o fizeram adoecer.

O repouso forçado dos segmentos supostamente mais atingidos com o uso de próteses não goza da mesma unanimidade. As terapias físicas, conquanto prescritas com habitualidade e quase no varejo, são de duvidosa eficácia, em face da heterogeneidade das lesões, à multiplicidade dos tecidos atingidos, à localização múltipla e diferenciada, talvez pelo seu uso indiscriminado, em particular, porque pairam incertezas quanto ao estado da doença. A acupuntura ainda carece de avaliação.

Os medicamentos têm efeitos sintomáticos, voltados quase sempre para a dor. A cirurgia é uma necessidade rara e se destina, afora situações excepcionais, a reduzir a compressão nervosa ou a corrigir uma retração fibrosa. Dado ao sofrimento psíquico, o tratamento psicoterapêutico tem seu lugar.

O prognóstico está na dependência do diagnóstico e tratamento precoces e do afastamento do trabalho gerador do processo; nessas circunstâncias ele é bom. Nos estados avançados, as lesões são irreversíveis e incapacitantes e o sofrimento mental pode ser intenso.

---

[95] Maeda, Horigushi & Hosokawa (1982b); Kitayama (1982); Itani (1987).

[96] Miyake, Himeno & Hosokawa (1982).

## Gênero e indivíduo

Há poucas dúvidas de que a maior prevalência das LER seja em trabalhadoras, fato denunciador, antes de mais nada, da precariedade do conceito de igualdade dos gêneros baseado na igual jornada de trabalho. As hipóteses para explicar essa prevalência desigual, habitualmente, têm se fundamentado nas diferenças biológicas e ou psicológicas entre o homem e a mulher.[97]

Há nessas teorias explicativas alguns elementos comuns. Além de privilegiarem o individual, constituído em 'fator', como no modelo clássico de Leavell & Clark, eles resvalam para o vago conceito de uma 'predisposição' ou 'susceptibilidade' que poderia estar ligada ao sexo. A mulher estaria mais 'predisposta' a ter LER por suas características genéticas, antropométricas, constitucionais e comportamentais. Haveria uma patogenia inata ao gênero.

É fácil perceber como essas teorias e estudos que sustentam tais hipóteses, intencionalmente ou não, podem alimentar preconceitos e discriminações e culpar os adoecidos dos dois gêneros por seu próprio adoecimento. Aliás, é corrente em empresas brasileiras onde ocorrem LER, dizer que isso é 'coisa' ou 'doença de mulher' e referir-se aos adoecidos com expressões chistosas e depreciativas.

Partem da percepção empírica e estatística de que a maioria que adoece é do sexo feminino, percepção ou constatação quantitativa que, mal elaborada, reforça o preconceito e incrimina, estimulando o sentimento de negação e ocultação do próprio adoecimento por parte dos trabalhadores sintomáticos dos dois gêneros. Os preconceitos sobre o trabalho da mulher são históricos e aqui realimentados, colaborando para que a tradicional e indesejável condição de subalternidade do gênero se mantenha e cale a dor.

Comportamentos dessa ordem costumam não respeitar as diferenças e as consideram, quando desfavoráveis à produção, como atributos negativos individuais dos grupos e populações submetidas, seja como decorrentes do gênero, cor ou raça. Com relação às exigências do trabalho, de patogênicas se fazem naturais. Inversamente, a sujeição dos que trabalham ameaçados de adoecer se converte em "fator individual de risco" para a produção.[98]

Entende-se que adoecer do trabalho, porém, não seja demérito ou atributo negativo. Os que assim reagem têm uma maior sensibilidade aos componentes patogênicos do trabalho e, certamente, um deles é a sujeição no trabalho. Ao adoecer, revelam a violência, mais oculta hoje do que ontem, a que estão sujeitos todos os que trabalham e se submetem, diante da necessidade e a uma condição histórica e social.

---

[97] Krom et al. (1990); Cannon, Bernarcki & Walter (1981); Lucire (1986).

[98] Abreu (1993); Castro et al. (1994); Souza Lobo (1991:17-114).

Se o gênero mulher for, de fato, o que mais adoece de LER, é porque sua sensibilidade e sua subordinação são maiores, expressando com clareza essa violência sutil do trabalho automatizado atual. A impropriedade do adoecimento não está na pessoa e muito menos no gênero, posto que a determinação lhe é externa; está no trabalho. Dada à subordinação de classe e hierárquica no trabalho, por não encontrarem outra forma de expressar o sofrimento senão com o próprio corpo, as pessoas mais sensíveis denunciam-na, adoecendo.

Mesmo que o trabalhador os tenha, o adoecimento do trabalho não é conseqüência de nenhum defeito ontogenético, nem de características de natureza biológica ou psíquica, mas, objetivamente, do trabalho. Não é, pois, acidental que, independentemente do gênero, adoeçam mais ou exclusivamente os que realizam o trabalho real e que se situam no nível hierárquico inferior das organizações, no patamar mais baixo, no 'chão' das empresas.

# ...ER no Banco do Estado de São Paulo

*A acumulação de certo número de fatos, isto é, a pura coleção de dados da observação e da experiência não constitui uma ciência. 'Os fatos' têm de ser ordenados, interpretados, explicados. Em outras palavras, só quando é submetido a um trabalho teórico é que o conhecimento dos fatos se torna uma ciência.*

Koyré (1991:271)

## O Banco

O Banco do Estado de São Paulo, o Banespa, foi fundado em 1909, sob o nome de Banque de Crédit Hipothecaire et Agricole de l'Etat de São Paulo, com capital e acionistas majoritariamente franceses. Sua primeira agência foi instalada na cidade de Santos com o objetivo central de beneficiar-se da circulação do mais importante produto de exportação do País, o café, comercializado pelas casas comissionárias encarregadas de sua venda para o exterior e localizadas na cidade. Quando o Banco passou para o controle acionário do estado de São Paulo em 1926, ganhando o nome atual, continuava com essa solitária agência que contava com 22 funcionários.[99]

A história do Banespa faz parte da história do desenvolvimento econômico do estado de São Paulo. Ele está presente financiando a lavoura cafeeira na crise econômica mundial de 1929 e nos bons e maus momentos que se seguiram. As duas primeiras agências em outras cidades, no caso o interior paulista, foram inauguradas em 1935. Cinco anos mais tarde já eram 18, entre elas a

[99] Romanelli (1978).

primeira da Capital, situada no bairro do Brás, coração da indústria têxtil, e uma primeira no estado do Mato Grosso, com a qual inicia sua expansão para fora dos limites paulistas.

No transcorrer da Segunda Guerra Mundial, o Banco foi uma das 'alavancas' do desenvolvimento industrial do estado, estimulado pelas dificuldades na importação de produtos manufaturados, instalando mais 46 agências no interior, uma no Rio de Janeiro e uma em Minas Gerais. Suas fontes de depósitos continuavam sendo a produção agrícola, como se pode deduzir pela forte presença da instituição nas cidades do interior. Sua política de financiamento privilegiava os pequenos produtores rurais, possibilitando a importação de máquinas, a fabricação de implementos e a melhoria dos transportes. O BANESPA tem sido responsável pelo atendimento dos municípios pouco ou nada rentáveis e sem atrativos para os bancos comerciais privados.

Essa política, agora acusada de assistencialista, expressava uma divisão do mercado bancário, com retorno em termos de captação de recursos e fortalecimento da condição do banco como agente financeiro comprometido com o desenvolvimento das forças produtivas no estado. A inexistência de lucros imediatos e a presença de agências 'no vermelho' não deveriam, necessariamente, desqualificar a instituição que até aqui vinha cumprindo um papel definido dentro do sistema de produção e de acordo com uma política econômica preestabelecida. Ou seja, sem deixar de ser um banco igual a qualquer outro, que busca lucro e dividendos, por se tratar de um banco estatal tem tido ele outras missões e objetivos não definidos pelos critérios da competitividade e seletividade de mercado e clientela.

Historicamente, os investimentos mais vultosos e as operações de maior risco, de retorno mais lento do capital e lucratividade mais baixa, sempre foram financiados ou tiveram aval dos bancos estatais, dada a natureza de serem bancos voltados mais para o fomento da produção que para as atividades comerciais de curtíssimo prazo.

Nem por isso o Banco descuidou desse segundo aspecto, como revela o crescimento do número de suas agências na Capital. Em 1963, ela ganha mais três agências. Em 1964, outras quatro. Em 1976, a cidade conta com 73 agências, de onde provém metade dos seus depósitos. Em 1969, passa a atuar no exterior, começando por Nova York. Prossegue a instalação de agências em países da Europa e do Japão, introduzindo-o como intermediário de operações de alta lucratividade e custos operacionais baixos, colocando-se como instituição financeira internacional para a concessão de empréstimos a empresas brasileiras e para a execução de

obras públicas fora do País. Ressalte-se que a vinculação do Banco com o capital internacional não se dá pela penetração como acionista, mas por sua "atuação como mediador e co-partícipe do capital internacional no País".[100]

Nos primeiros anos da década de 60, o BANESPA havia incorporado nove outras instituições financeiras e ampliado sua rede de atendimento. Em 1973, graças a mais uma incorporação, o Banco se torna um conglomerado, com múltiplas atividades: empresa de crédito, de corretagem, distribuidora de títulos e valores imobiliários e agência de passagens, turismo e serviços. No último relatório/balanço publicado em 1994, ele registra escritórios e agências em Amsterdã, Frankfurt, Londres, Madri, Milão, Moscou, Lisboa, Paris, Nova York, Washington, Miami, Grand Canyon, Tóquio, Buenos Aires, Santiago, Asunción e Ciudad del Leste.

Até o final de 1994 ele contava, no território nacional, com 1.702 dependências, das quais 1.608 no estado de São Paulo – sendo 1.099 no interior e 509 na Região Metropolitana – e 94 em outros estados. Sua clientela se constituía de 3,1 milhões, entre pessoas físicas e jurídicas. O setor privado constituía 60% dessa clientela, 55% sendo de pessoas físicas. Dos 40% da clientela pública, 39% eram de pessoas físicas.

Segundo o mesmo relatório, dos seus 22.101 contratos de crédito rural, 52,3% foram com os mini e pequenos produtores, 36,5% com os médios e 11,2% com grandes produtores. Do capital votante, o estado de São Paulo detém 66,7%, os funcionários 13,9% e o setor privado 19,4%. Do capital total, 55,3% são do setor privado, 33,3% do governo do estado de São Paulo e 11,4% dos funcionários. O documento assinalava a existência de 129 mil acionistas e um ativo de 14,8 bilhões de dólares.

A participação do Banco no Produto Interno Bruto (PIB) nacional era de 1,7 bilhões. Esse montante correspondia a 4%, aproximadamente, do total do sistema financeiro, estimado em 42,4 bilhões de reais. Os depósitos do Banco em 1993 totalizaram 6,8 bilhões, com um incremento de 17% em relação ao ano anterior. Seus empréstimos no mesmo ano se destinaram majoritariamente para as atividades industriais (38,1%), seguindo-se o setor de serviços (18,2%), habitação (16,9%), rural/agro/industrial (16,3%), comércio (5,6%) e pessoas físicas (4,9%). Sua participação no mercado financeiro era de 11,5% para os depósitos à vista, 8,4% dos depósitos totais e 4,2% de poupanças.

Em dezembro de 1994, o Banco Central interveio no BANESPA. A principal razão alegada era que o banco estava apresentando um débito crescente, na casa dos 7 bilhões de reais e estaria em situação pré-falimentar, ante a inadimplência, aliás contumaz, do seu maior devedor e principal acionista, o governo do estado de São Paulo. A

[100] ROMANELLI (1978).

solução proposta pelos interventores, na época, foi a de privatizar o Banco, absolutamente coerente com a atual política econômica do governo federal. Ou o estado de São Paulo vende o seu Banco ou vende outras empresas em que é acionista majoritário. O governo estadual resistiu, assumindo em parte a responsabilidade pelo desequilíbrio financeiro da instituição, mas creditando ao próprio governo federal a outra parte, em face de sua política de juros, de tal modo elevados que aquela dívida, decorridos nove meses, saltou para a casa dos 14 bilhões e, em agosto de 96, para 19 bilhões de reais. De início, o estado de São Paulo prontificou-se a renegociar a dívida, visto ser o maior devedor do Banco. Quis fazê-lo pela metade, com a venda de bens imobiliários, mas cobrou o aval da União para refinanciar o restante, mediante contração de empréstimos externos a longo prazo. O governo federal se recusou. A solução apontada – a federalização do banco para sua posterior privatização – está em andamento, com perdas de toda a ordem para o Banco e desgaste político das administrações federal e estadual, cujos principais titulares pertencem ao mesmo partido político, desgaste tanto maior porque o governo federal tem sido mais generoso com a rede bancária privada.

## Os trabalhadores

Em 1929, dava-se como existente, na cidade de São Paulo, um total de 2.620 bancários, dos quais 132 eram do BANESPA, que tinha uma única agência, a de Santos. É nessa agência pioneira, em 1932, que eclode a primeira greve de bancários do País, motivada, entre razões econômicas, pela demissão de 10 funcionários portadores ou suspeitos de terem tuberculose, atribuída às condições de trabalho.

A obrigatoriedade do concurso público para a admissão no Banco passou a vigorar em 1934 e a estabilidade para toda a categoria foi conquistada após dois anos, com a greve nacional dos bancários.

Em 1940, somavam 539 os trabalhadores do Banco, distribuídos em 18 agências. Em 1950, esse número aumenta para 1.260, em 66 agências. Em 1960, passa para 2.562 e as agências para 82. Em 1970 dá um salto para 10.755 e 230 agências, e em 1990 chega aos 36 mil.

A partir desse ano, a tendência do número de trabalhadores do Banco passa a ser decrescente. De 36.022, cai para 34.843 em 1994, distribuídos em 1.702 dependências, das quais, 509 situadas na Região Metropolitana do estado de São Paulo, 1.099 no interior e 94 em outros estados. Entre dezembro de 1994 e dezembro de 1996, houve uma redução de 8.044 empregos, ou seja, o BANESPA teria, em janeiro de 1997, 28 mil trabalhadores.

Em 1976, há pouco mais de 20 anos, dos 17.312 trabalhadores do Banco, 14.702 (81,3%) eram do gênero masculino e apenas 3.240 (18,7%) do feminino. Em 1994, dos 34.843 funcionários, 18.905 (54,3%) eram homens e 15.938 (45,7%) eram mulheres. A distribuição por nível hierárquico e gênero no Banco está na tabela a seguir.

**Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores do BANESPA por gênero e nível hierárquico, 1994**

| Gênero/Nível | Masculino | | Feminino | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % | nº | % |
| Gerência | 2.755 | 88,6 | 352 | 11,4 | 3.107 | 100,0 |
| Adm. inf. | 5.498 | 70,1 | 2.347 | 29,9 | 7.845 | 100,0 |
| Esc/Caixas | 10.652 | 46,6 | 13.239 | 55,4 | 23.891 | 100,0 |
| TOTAL | 18.905 | 54,3 | 15.938 | 45,7 | 34.843 | 100,0 |

Fonte: Relatório/Balanço BANESPA, 1994.[101]

Como se vê, em relação ao ano de 1976, aumentou muito a participação do gênero feminino na composição da força de trabalho do Banco, cuja diferença para o gênero oposto passou a ser de apenas 9%; mas essa participação se dá, notadamente, no nível mais inferior da escala hierárquica, em que as mulheres têm uma maioria de 8,8%. Nos cargos de chefia administrativa, porém, elas são minoritárias à medida que se eleva o nível de poder.

A distribuição por escolaridade e gênero dos trabalhadores do Banco se encontra na próxima tabela:

**Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores do BANESPA por escolaridade e gênero, 1994**

| Esc./Gen. | 1º grau | | 2º grau | | Superior Completo | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº |
| Masculino | 3.097 | 16,4 | 9.542 | 50,4 | 6.266 | 33,1 | 18.905 |
| Feminino | 1.728 | 10,8 | 7.810 | 49,0 | 6.400 | 40,2 | 15.938 |
| TOTAL | 4.825 | 13,8 | 1.7352 | 49,8 | 12.666 | 36,3 | 34.843 |

Fonte: Relatório/Balanço BANESPA, 1994.

[101] Novo balanço só foi publicado em 1998.

Analisando-se simultaneamente as duas tabelas, algumas conclusões com respeito ao nível de escolaridade, exercício de chefia e gênero podem ser tiradas. Existem, por exemplo, 6.400 mulheres com curso superior, no entanto, apenas 2.699 mulheres exercem cargos de chefia, o que não significa, obrigatoriamente, que todas as últimas tenham formação superior. Entretanto, apesar de só haver 6.266 homens com curso superior, 8.253 exercem cargos de chefia. Conclui-se que um elevado contingente de trabalhadores com nível superior exerce funções na escala mais baixa da hierarquia do Banco e, também, que trabalhadores que não têm essa qualificação – a grande maioria do gênero masculino – ocupam cargos de chefia.

A desigualdade de oportunidade tão grande entre homens e mulheres, neste caso específico, pode se dever, em parte, ao ingresso tardio da mulher no Banco. A evidência mais flagrante da discriminação está nos percentuais de 89,1% do total de mulheres e 53,3% do total de homens do Banco que ocupam o nível mais inferior na hierarquia da empresa, ou seja, entre caixas e escriturários.

A ascensão funcional na instituição é regulamentada, mas condicionada à administração superior. Dada às limitações ou à rigidez da estrutura funcional da empresa, a ascensão se dá, presume-se, pelos critérios de antigüidade e competência técnica, mas como a estabilidade resulta em um número grande de funcionários antigos em pé de igualdade, a administração acaba tendo grande poder de arbítrio sobre o regime de promoção.

Para a admissão, desde os anos 60 é obrigatório ter, ao menos, escolaridade do 1º grau completo. Não há exigência quanto a experiência anterior em trabalho bancário, nem mesmo de trabalho em escritório, revelando não haver qualificação especial para o exercício das funções atuais de bancário. A exigência de nível superior fica restrita ao exercício de profissões que têm quadro especial e nada têm a ver com a atividade bancária em si, como médicos, engenheiros, advogados etc.

Os critérios de seleção da empresa e o conhecimento sobre escolaridade, gênero e idade permitem, em termos quantitativos, perceber alguns traços importantes do perfil desses trabalhadores. Suas crenças, ideologias e inserções político-sociais que, aliás, não fazem parte das preocupações deste estudo, têm merecido pouca atenção. Romanelli (1978) estudou-os sob alguns desses aspectos, embora com o passar dos anos o perfil desenhado tenha, de vários modos, se modificado.

Historicamente, os trabalhadores têm tido um papel relevante no movimento bancário do País e sua força de representação dentro da empresa não é pequena. Elegem um dos diretores do Banco, têm um Conselho de Representantes eleitos e, por meio do acordo coletivo, lograram a constituição de um Comitê de Relações Trabalhistas e de um Fórum de Saúde bipartites e permanentes.

Além de representações sindicais múltiplas, em face da extensão nacional da empresa, os trabalhadores têm uma associação própria de abrangência nacional, a AFUBESP, que funciona quase como um sindicato de empresa, realizando um congresso anual, além de vários encontros regionais com a participação de representantes por locais de trabalho.

Tal nível de organização tem permitido, ao longo dos anos, uma série de conquistas e benefícios sociais, além de meios e instrumentos para provê-los, entre eles, uma previdência social particular e uma caixa beneficente, a CABESP, responsável pela administração das necessidades em assistência médico-hospitalar comprada ao setor privado. Essa caixa, que detém 13% das ações do Banco, é mantida pela igual contribuição dos trabalhadores e da empresa e dirigida por quatro diretores, dois deles eleitos pelos trabalhadores.

Essa representação significativa e os benefícios sociais conquistados em grande parte em decorrência da estabilidade virtual no emprego, fazem dos trabalhadores do Banco do Estado de São Paulo um segmento da categoria dos bancários que, nesses aspectos, só encontram similaridade em empresas estatais congêneres.

A familiaridade que têm uns com os outros nos locais de trabalho e em espaços comuns de assistência e lazer, anos a fio, e a consciência de que trabalham em um banco estatal – que apesar de crescente comercialização guarda ainda traços públicos – fazem com que os conflitos com seu empregador e acionista principal, o governo do estado de São Paulo, sejam negociados até a exaustão.

A recente eclosão de um número crescente de trabalhadores do Banco com Lesões por Esforços Repetitivos (LER) é reveladora de que muita coisa mudou e está mudando, mas não para melhor nessa relação empregado/empregador esgarçada, talvez já num ponto crítico de ruptura. É um modo de adoecimento, para eles, inusitado, diferente daquelas doenças habitualmente vivenciadas. Lidam agora com uma forma de adoecer que lhes é estranha, ocasionada diretamente pelo trabalho, causalidade antes exclusivamente encontrada entre trabalhadores industriais que integram segmentos econômico-sociais e culturais menos diferenciados.

## As LER no Banco

Embora casos de LER no BANESPA começassem a aparecer em fins dos anos 80, somente no início da atual década adquiriram a feição de uma doença coletiva do trabalho, fazendo com que, por insistência da representação dos trabalhadores, várias cláusulas dos sucessivos acordos coletivos de trabalho fizessem alusão à doença. Em 1992 duas de suas entidades representativas, a Associação dos Funci-

onários do Conglomerado BANESPA e CABESP (AFUBESP) e o Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Campinas e Região, que juntas representavam 46 mil trabalhadores bancários, 35 mil do conglomerado BANESPA e 11 mil dos diversos bancos da citada região, adotaram conjuntamente a estratégia de elaborar diretrizes para o desenvolvimento de políticas e ações que, ao menos, diminuíssem a freqüência e os efeitos das doenças relacionadas com o trabalho, com base em conhecimentos que viessem a ser produzidos, por meio da interação das experiências de dirigentes, trabalhadores e da assessoria contratada.

Definida pelas duas entidades que se deveria dar prioridade às LER, a segunda diretriz estratégica foi sair do campo da simples denúncia e, com o conjunto dos representados, partir para a construção de um movimento que quebrasse as resistências patronais e possibilitasse a reformulação das políticas e ações do Banco, nesse caso, de negação e ocultação da doença, de recalcitrância em não notificar a ocorrência de casos e de manter-se indiferente com relação à qualidade da assistência médica prestada aos adoecidos, mediante os serviços médicos contratados pela CABESP.

Desde o primeiro momento cobrou-se da administração do BANESPA que as negociações com relação à saúde fossem permanentes e que não se esgotasse nas discussões em seus colegiados bipartites formais – o Comitê de Relações de Trabalho e o Fórum de Saúde – mas se traduzisse em políticas e ações minimamente acordadas. A perspectiva era e continua sendo a de envolver, em momentos sucessivos, bancários adoecidos e não adoecidos do BANESPA e de outros bancos, a universidade, as instituições de saúde e outras categorias de trabalhadores.

No decurso dos dois anos seguidos, até o final de 1994, quando sobreveio a intervenção do Banco Central, foi assídua a troca de experiências entre dirigentes sindicais, trabalhadores e assessoria técnica, alimentando reflexões, estudos e propostas de ação apresentados nos colegiados internos, tornadas, invariavelmente, documentos oficiais das duas entidades, indo, em seguida, para a mesa de negociações com a administração do Banco.

Insistentemente cobrou-se da administração que modificasse suas políticas e ações com relação às LER, com base em sucessivas propostas para a prevenção, qualificação da assistência médica e relocação dos adoecidos quando do retorno ao trabalho; sem êxito, sugeriu-se que o Banco deixasse de agir pontualmente e 'trabalhasse os dados' que dispunha ou os abrisse para que a causalidade e a evolução das LER fossem devidamente investigadas.[102]

---

[102] RIBEIRO (1995).

Pressionado, em fevereiro de 1993 o Banco divulgou os primeiros números oficiais sobre a ocorrência de LER. Entre junho de 1989 e novembro de 1992 teriam ocorridos 397 casos. Em abril de 1993, admitiu que o número subira para 551. Em junho, os casos notificados passaram para 606 e em julho do mesmo ano já eram 827. A partir daí nenhum outro dado foi oficialmente informado.

Em julho de 1994, um dos dois diretores da CABESP eleito pelos funcionários atendeu informalmente ao pedido da AFUBESP, fornecendo pela primeira vez uma relação nominal dos 1.223 trabalhadores do Banco que tinham tido diagnóstico da doença entre junho de 1989 a abril de 1994. A Tabela 5 traz a relação e períodos abrangidos pelos cinco informes.

**Tabela 5 – Informes de casos notificados de LER, por período, no BANESPA**

| Informes | casos acumulados | período |
|---|---|---|
| 1 | 397* | até nov/92 |
| 2 | 551* | até abril/93 |
| 3 | 606* | até jun/93 |
| 4 | 827* | até jul/93 |
| 5 | 1.223** | até abril/94 |

Fontes: * Divisão de Saúde Ocupacional e Relações do Trabalho (DSORT) do BANESPA
** Caixa de Assistência e Benefícios do Banco do Estado de São Paulo (CABESP)

Dentre os informes, os quatro primeiros dão apenas os números 'secos', totalizando os casos de LER ocorridos entre junho de 1989 e julho de 1993. O primeiro abarcou os primeiros 40 meses, com uma média de 10 casos por mês ou um caso a cada três dias. O segundo compreendeu os 40 meses anteriores e mais os cinco meses de novembro de 1992 a abril de 1993, trazendo mais 154 casos novos, com média de 30 casos ao mês, ou seja, um caso a cada dia. O terceiro informe incluiu os 45 meses precedentes e mais os meses de abril e maio de 1993, acusando 55 casos novos, com média de 27 casos ao mês ou 0,9 caso por dia. O quarto informe, de junho de 1993, acrescentou 221 casos novos, com média de sete casos ao dia. O último informe, originário da CABESP, incluía os 54 meses precedentes e registrava mais 396 novos, notificados entre julho de 1993 a abril de 1994, isto é, nos oito meses seguintes, resultando um total de 1.223 casos, com média de 50 ao mês ou 1,7 por dia.

Perceba-se a diferença e a irregularidade da freqüência média mensal de casos: 10 nos primeiros 40 meses, 30 nos sete subseqüentes, 23 nos dois seguintes; 221 somente em junho de 1993 e 50 casos por mês nos meses posteriores. Uma lenta

evolução por três anos e meio que depois salta para um patamar três vezes mais elevado, por sete meses, e logo em seguida um número sete vezes acima em um único mês e uma tendência à queda nos oito meses subseqüentes.

Devido às repercussões sobre a produção, comprometida pelo número ascendente de afastamentos do trabalho e pelo aumento de despesas com assistência médica, é difícil imaginar que a empresa não estivesse acompanhando com regularidade o crescimento do número de casos de LER. A doença adquirira uma dimensão impossível de não ser notada, elevando o tom das queixas, denúncias e cobrança por parte das entidades de representação dos trabalhadores.

Nesse sentido, a socialização de conhecimentos sobre as LER entre os trabalhadores foi um elemento importante e por aí o movimento progrediu entre os bancários, como se pode constatar graças, principalmente, ao trabalho das entidades representativas dos trabalhadores, como atesta o rápido aumento das notificações de casos de LER no Banespa e nos vários bancos estatais na região de Campinas, conforme é mostrado na tabela a seguir.

**Tabela 6 – Notificações anuais de casos de LER na região de Campinas/São Paulo, antes de 1992 até maio de 1996**

| Bancos | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | nº | % |
| Privados | 05 | 07 | 09 | 06 | 04 | 31 | 8,5 |
| Públicos | 19 | 55 | 80 | 144 | 34 | 332 | 94,5 |
| TOTAL | 24 | 62 | 89 | 150 | 38 | 363 | 100,0 |

Fonte: Sindicato dos Bancários de Campinas e Região/Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT)/INSS.

A suposição é que as administrações dos bancos, que a princípio negavam a existência das LER como doença do trabalho, a partir de determinado momento, com o crescente número de casos, embora convencidos da existência do problema, optaram pela estratégia de ocultá-lo, somente produzindo informes e emitindo CATs por pressão das entidades, pressão esta bem mais presente nos bancos estatais.

A socialização de conhecimentos e o grau de liberdade e garantias trabalhistas, bem maiores no grupo dos bancos estatais, justificam as diferenças da curva ascencional das notificações de casos de LER entre esses e os bancos privados e dos primeiros entre si, como mostra a tabela seguinte.

Tabela 7 – Notificações de casos anuais de LER em bancos estatais na região de Campinas/São Paulo, antes de 1992 até maio de 1996

| Bancos | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | Total | N/Func | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BANESPA | 16 | 44 | 40 | 50 | 07 | 157 | 1.554 | 10,1 |
| NC/NB | 03 | 08 | 13 | 22 | 08 | 54 | 859 | 6,3 |
| BB | 00 | 01 | 14 | 25 | 13 | 53 | 930 | 5,7 |
| CEF | 00 | 02 | 13 | 47 | 06 | 68 | 963 | 7,1 |
| TOTAL | 19 | 55 | 80 | 144 | 34 | 332 | 4.303 | 7,7 |

Fonte: Sindicato dos Bancários de Campinas e Região.

A atitude da administração do BANESPA, especialmente do setor específico – a Divisão de Saúde Ocupacional e de Relações de Trabalho (DSORT) – foi sempre recalcitrante. Tinha e tem os dados que permitem elaborar os estudos necessários, ao menos sobre prevalência e incidência, mas se os fez ou faz, os mantém em sigilo.

Após intervenção direta do Banco Central, em dezembro de 1994, nenhum informe foi produzido e as discussões sobre saúde e LER, mesmo nas instâncias previstas no acordo coletivo de trabalho, como o Fórum de Saúde, foram suspensas.

Nesse Fórum, realizado mensalmente, tinham assento os órgãos técnicos da administração do setor e as entidades representativas dos trabalhadores. A representação patronal, sem se negar peremptoriamente a fornecer dados regulares e mais circunstanciados, na verdade nunca o fez, restringindo-se, por todo esse tempo, aos quatro acima referidos. No início, escudava-se em uma pretensa questão legal e ética sobre o 'sigilo médico'. Isto, apesar das advertências da representação da associação dos funcionários de que acidentes e doenças do trabalho eram matéria de notificação compulsória e o empregador está obrigado pela legislação a fornecer, no mínimo, cópia das Comunicações dos Acidentes de Trabalho (CATs) às entidades representativas dos trabalhadores. A administração alegava que já as fornecia aos sindicatos dos bancários, cerca de 150 dispersos em todo o País, 35 somente no estado de São Paulo.

Reunir dados sobre as LER, fundamentados na pretensa e pulverizada emissão de cópias de CAT nas muitas dezenas de cidades onde o BANESPA tinha agências, implicaria enorme esforço nacional por parte das duas entidades de trabalhadores mais envolvidas, inexeqüível ou pouco producente quando o Banco detém todas as informações, atualizando-as, analisando-as e manipulando-as a seu modo.

Bloqueada a possibilidade de investigar a doença com base nas informações oficiais do próprio Banco, restava abrir outros caminhos. A primeira intenção foi começar estudando a incidência e a prevalência das LER entre os trabalhadores do

Banespa; nesse sentido, as CATs poderiam ser um ponto de partida, mas os contatos com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) foram francamente desestimulantes.

A CAT é um documento oficial, de preenchimento obrigatório pela empresa, para notificar a ocorrência de acidentes ou doenças do trabalho dos seus empregados à seguradora estatal, o Instituto Nacional de Seguro Social da Previdência Social. Trata-se de um documento antigo e valioso, embora rudimentar, cuja finalidade principal é fazer com que sua perícia médica inicie procedimentos de rotina, com vistas ao arbitramento de pedidos de 'benefícios' previdenciários. O Laudo do Exame Médico (LEM), contido no verso, resume-se a algumas linhas e traz o diagnóstico de um primeiro examinador, que pode ou não ser convalidado. É um documento-síntese que funciona como passaporte entre o trabalhador e o médico que o assiste, no caso, a empresa e o INSS.

Diante dos obstáculos institucionais para conhecer a realidade da questão das LER com base nas informações da empresa ou do INSS, a opção foi colher dados a partir dos próprios trabalhadores adoecidos. Nesse particular, a relação dos 1.223 adoecidos do trabalho, obtida da Cabesp em julho de 1994, foi muito oportuna, pois nela constavam nomes, locais de trabalho e endereços.

A mobilização desses trabalhadores teve propósitos que iam muito além da coleta de informações para a realização de uma eventual pesquisa acadêmica. Dentro de uma hierarquia de objetivos, esta ficava em segundo plano, como forma de validar o conhecimento de uma realidade até aqui negada e ocultada. Os principais objetivos eram conhecer e discutir coletivamente sobre o que fazer com relação aos múltiplos problemas trazidos pelas LER e, com base nas experiências dos trabalhadores, elaborar propostas de ação que fossem ao encontro de suas demandas enquanto adoecidos, além de assentar as bases de um movimento coletivo capaz de obter amplo apoio e respaldo social.

A Afubesp convidou então todos os 1.223 adoecidos de LER oficialmente notificados ao INSS para um Encontro dos Banespianos sobre LER, realizado em 26 de agosto de 1994 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Compareceram 350, mais que o dobro da capacidade do maior anfiteatro da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o Paula Souza, onde se realizou a plenária de abertura.

Impressionou o fato de aquele auditório ficar superlotado de pessoas jovens e adoecidas, predominantemente do sexo feminino, expressando publicamente a sua dor, medo, revolta e esperança, juntas pela primeira vez, percebendo como eram tantas e que o drama até agora individualmente vivido era, de fato, coletivo.

Foi nos grupos de trabalho do Encontro que foram aplicados os primeiros 200 questionários do estudo de caso sobre as LER no BANESPA. Outros 400 questionários foram recebidos posteriormente por mala postal.

Discorramos um pouco sobre o caminho aberto e percorrido para a concretização desse estudo, simultaneamente 'quantitativo' e 'qualitativo', referente aos 525 trabalhadores do BANESPA com LER que responderam o questionário.

Sob o ponto de vista estatístico, os casos estudados se definem como uma 'amostra não probabilística' do total de uma população de 1.223 casos notificados ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) até 08 de abril de 1994. Não significa que essa população fosse, nem mesmo na data, a do total dos adoecidos de LER no Banco, já se presumindo na ocasião haver considerável subnotificação. Até por isso, não se cogitou que as inferências a serem elaboradas com base nos dados da amostra pudessem ser transpostas para o conjunto dos adoecidos, cujo número, de antemão, assumia-se desconhecer. Estimou-se que compareceriam, no máximo, 200 deles. Para surpresa da organização do Encontro compareceu quase o dobro, conseqüentemente tornando insuficiente o número de questionários disponíveis. Nem mesmo quando se remeteu por via postal, em um segundo momento, conforme fora prometido aos que a ele não tiveram acesso, ainda assim não se tinha a pretensão de obter informações de uma 'amostra representativa' dos adoecidos, nem de construir médias sobre suas situações, sintomas, estados de sua doença e cuidados médicos, e extrapolá-las para o universo dos casos notificados.

Convidou-se-os, e a todos mais de uma vez, com a intenção, sim, de colher o máximo possível de informações e, simultaneamente, fazer da ocasião e do próprio instrumento assim distribuído e aplicado, um elemento a mais de reflexão; a partir daí procurou-se elaborar melhor o conhecimento sobre a realidade das LER no Banco, tão pouco conhecida de todos 'do lado de cá', com a intenção deliberada de dar suporte a possíveis ações, com base nas manifestações e propostas dos trabalhadores adoecidos e mobilizados, ou seja, em processo de 'tomada de consciência'.

A empresa, apesar dos dados que retém, também só conhece fragmentariamente a realidade sobre o adoecimento e os adoecidos, condenada a observar do seu ângulo e a interpretar a seu modo os dados que manipula, obviamente na perspectiva dos seus interesses, sendo oportuno lembrar sua condição irrenunciável de empresa capitalista, a despeito do controle acionário estatal e que, como qualquer outra, explora força de trabalho e persegue o lucro. Nessa perspectiva e circunstâncias, seu modo de ver a realidade, 'do lado de lá', é duplamente parcial porque a um só tempo restrito e ganancioso.

Também duplamente parcial é o 'modo de ver' dos trabalhadores, porém seus interesses são de outra natureza. Em primeiro lugar, porque se trata de garantir a sobrevivência, em segundo, porque precisam resguardar ou recuperar a saúde perdida para continuarem a vender sua força de trabalho.

Assim, as relações conflituosas entre capital e trabalho se projetam para o campo da investigação e passam a constituir, também, parte da própria realidade a ser investigada. Uma realidade social e inerentemente dinâmica, em que as circunstâncias têm sempre um peso muito grande na determinação dos métodos de investigação, sobretudo se ela, em si, pretende ser um instrumento assumidamente para ação.

Apesar dos inúmeros obstáculos e das limitações, a aplicação do questionário mostrou-se profícua e oportuna, ao permitir um estudo quantitativo[103] da amostra, expressiva e importante sob muitos aspectos daquele universo, mas que em tempo algum, insiste-se, pretendeu representá-lo e que propiciou, por acaso,[104] um estudo qualitativo com base em depoimentos inesperados contidos nos questionários; por último, abriu a possibilidade de outros estudos, em andamento, inclusive o preterido, de prevalência e incidência de LER entre bancários, com menor risco de distorções.

## Os Adoecidos - estado civil, gênero e escolaridade

A tabela seguinte revela a distribuição da amostra por estado civil e gênero:

**Tabela 8 – Estado civil e gênero dos trabalhadores adoecidos de LER no BANESPA, 1994**

| Est. Civil/Gênero | Feminino | | Masculino | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % | nº | % |
| casados | 274 | 64,0 | 57 | 66,3 | 331 | 64,4 |
| solteiros | 105 | 24,5 | 24 | 27,9 | 129 | 25,1 |
| outros | 49 | 11,5 | 5 | 5,8 | 54 | 10,5 |
| TOTAL | 428 | 100,0 | 86 | 100,0 | 514 | 100,0 |

Fonte: Ribeiro (1995).

103 YIN (1994:01-15).

104 GONÇALVES (1986).

Como se percebe, trata-se de uma amostra predominantemente feminina (83,2%) e casada (64,4%). Nesse último particular as diferenças de gênero não são significativas.

A tabela a seguir mostra a distribuição por gênero e escolaridade:

**Tabela 9 – Escolaridade e gênero dos trabalhadores com LER da amostra no BANESPA, 1994**

| Escolaridade/Gênero | Feminino | | Masculino | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % | nº | % |
| 1º grau | 17 | 4,1 | 11 | 13,1 | 28 | 5,6 |
| 2º grau | 124 | 29,6 | 21 | 25,0 | 145 | 28,8 |
| superior completo | 196 | 46,8 | 34 | 40,5 | 230 | 45,7 |
| superior incompleto | 82 | 19,6 | 18 | 21,4 | 100 | 19,9 |
| TOTAL | 419 | 100,0 | 84 | 100,0 | 503 | 100,0 |

Fonte: Ribeiro (1995).

A escolaridade é elevada, 66% tendo curso superior completo e incompleto, 29% o 2º grau e 6% o 1º grau. A escolaridade feminina é um pouco mais elevada: 66% com nível superior completo ou incompleto, 30% com 2º grau e 4% com 1º grau. No gênero masculino, 62% tem curso superior completo ou incompleto, 25% tem o 2º grau e 13% o 1º grau.

Há mais de 20 anos que os concursos de ingresso no BANESPA exigem, como escolaridade mínima, o 2º grau completo. Essa exigência, somada aos salários diretos até recentemente razoáveis e aos salários indiretos atrativos, como assistência médico-hospitalar diferenciada, previdência especial etc., atraíram, por sua vez, muitos trabalhadores com escolaridade de nível superior, estimulando a elevá-la, aos que ingressavam no Banco, na esperança de fazer carreira.

Há que se destacar, aqui, dois aspectos relevantes. É fato inédito que profissionais com esse nível de escolaridade sejam vítimas coletivas de doenças do trabalho de modo tão flagrante. Outro, é que em outras categorias de trabalhadores os que adoecem de enfermidades tipificadas como do trabalho, o fazem no exercício de suas profissões ou ocupações, mesmo no caso das LER. Não é o que ocorreu ao menos com 65,6% dos adoecidos da amostra. Embora tendo ou fazendo curso superior que não exercem, eles adoeceram no exercício de funções e tarefas que pouco têm a ver com profissões que escolheram. Se assim não fora, não estariam no no menor topo ou patamar da empresa, isto é, no seu nível hierárquico inferior. Até onde essa falta de perspectiva, que não deve ser confundida com o conceito genérico e impreciso de insatisfação, integra a patogenia da atividade dos trabalhadores do Banco?

## Uma questão de gênero?

A distribuição por gênero do total de casos de LER notificados pelo Banco e da amostra se encontra na tabela seguinte.

Tabela 10 – Distribuição dos casos notificados de LER e da amostra por gênero no BANESPA, 1994

| Gênero | Total de Casos (1) | | Amostra | |
|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % |
| feminino | 965 | 78,9 | 438 | 83,4 |
| masculino | 258 | 21,1 | 87 | 16,6 |
| TOTAL | 1.223 | 100,0 | 525 | 100,0 |

Fonte: Caixa de Assistência e Benefícios do Banco do Estado de São Paulo (CABESP), abril de 1994.

A predominância feminina de casos notificados e da amostra coincide e é absoluta. De uma população de 23.891 trabalhadores situados na escala hierárquica inferior do Banco, incluídos os supervisores, havia 13.239 (55,4%) mulheres e 10.652 (44,6%) homens (tabela 3), resultando em taxas de ocorrência de LER, respectivamente de 7,3% e 2,4%. Ao menos nesse Banco trata-se, portanto, de uma prevalência efetivamente maior no gênero feminino.

Existem algumas hipóteses explicativas para a diferença de prevalência de LER entre os dois gêneros, encontrada ou citada com freqüência por vários autores. Invariavelmente, elas se referem às especificidades biológicas, sexuais ou psicoafetivas da mulher, reais ou imaginárias.[105] Ainda que venha a se comprovar que um ou vários desses componentes possam estar associados às LER, é pouco provável que justifiquem disparidade tão grande. Poderão, talvez, agravar os sintomas ou precipitar o processo de adoecimento, mas dificilmente causá-lo.

Pesquisas sobre causalidade biológica ou psíquica da prevalência de LER no gênero feminino devem ser estimuladas, mas a tese aqui é de que a patogenia geradora desse adoecimento está no trabalho. As LER são muito freqüentes em algumas ocupações predominantemente exercidas por homens, por requerer maior esforço físico. Portanto, é o trabalho que deve ter a prioridade das investigações e não a suposta fragilidade ou o gênero de suas vítimas. Meras especulações ou impressões

[105] LUCIRE (1986) é taxativa ao atribuir a prevalência das LER a uma predisposição da mulher à histeria. KROM et al. (1990) não encontraram qualquer associação entre LER e mulheres que fizeram extirpação de ovário e útero.

podem ganhar contornos discriminatórios contra a mulher e a força de trabalho feminina, reduzindo ainda mais seu valor. Isto é preocupante, na medida em que as novas tecnologias, na forma em que estão sendo incorporadas e administradas, ao mesmo tempo em que dispensam o uso da força muscular restringem o mercado de trabalho para ambos os gêneros.

## Tempo de sujeição e idade

O tempo médio de trabalho na atividade bancária ou similar, medida em anos – computando o tempo de trabalho no BANESPA – em outros bancos e em atividades correlatas, foi de 15,1 anos para o total da amostra. Para 468 (89,1%) dos que haviam exercido atividades em outros bancos antes de entrar no BANESPA, a média cai para 13,5 anos. Para os 433 (82,5%) dos adoecidos que só trabalharam no mencionado banco, a média de tempo de serviço foi de 12,5 anos. Trata-se, portanto, de uma população que em sua grande maioria e por um tempo bastante longo esteve submetida ao mesmo tipo de trabalho.

Embora esses dados sugiram que a doença haja ocorrido após um extenso período de sujeição, o que poderia levar à conclusão precipitada de que se trata de um trabalho com baixa patogenia, é preciso levar em consideração que, na quase totalidade dos casos, ela adquiriu caráter explosivo depois de 1990. O simultâneo aparecimento da doença em tantos trabalhadores leva à hipótese de que, apesar de ser durante todo tempo o mesmo tipo de trabalho, isto é, o de ser um 'trabalho bancário', haja ocorrido mudanças em seus componentes internos e externos capazes de elevar sua patogenia. Que pode ser menor o tempo para o aparecimento dos primeiros sintomas de LER, dependendo da natureza e componentes do trabalho, outros autores já tinham assinalado.[106]

Um outro dado que reforça essa hipótese é a distribuição da doença por faixas de idade. A tabela seguinte permite a comparação dessa variável com uma disponível em 1990, em três faixas de idade.

---

106 MIYAKE, HIMENO & HOSOKAWA (1982); BAMMER (1987).

Tabela 11 – Distribuição do total de trabalhadores do Banco em 1990 e dos adoecidos de LER na amostra referente ao período de 1989 a 1994, por faixa etária

| Faixa Etária | Total em 1990 | | Adoecidos / 1989 a 1994 | |
|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % |
| até 30 a | 9.417 | 26,15 | 101 | 19,24 |
| De 30 a 39 a | 18.445 | 51,20 | 292 | 55,62 |
| acima de 39 a | 8.160 | 22,65 | 132 | 25,14 |
| TOTAL | 36.022 | 100,00 | 525 | 100,00 |

Fonte: Ribeiro (1995).

Em 1990, pouco mais de 77% dos trabalhadores do BANESPA tinham menos de 40 anos e 26% menos de 30, distribuição muito semelhante a dos trabalhadores adoecidos, 74% tendo menos de 40 anos e 19% menos de 30. As taxas de ocorrência de LER da amostra em relação ao total de trabalhadores nas três faixas etárias foram, respectivamente, de 1,1%, 1,6% e 1,6%.

Cada uma dessas populações certamente ingressou no Banco em épocas diferentes, a de maior faixa etária, acima dos 40 anos, tendo mais tempo de serviço no Banco. No entanto, a taxa de ocorrência de LER foi a mesma da faixa situada entre os 30 e os 39 anos, com menor tempo de Banco. Menos tempo de Banco ainda devem ter os trabalhadores abaixo dos 30 anos de idade, o que não impediu que tivessem LER, embora com uma taxa de ocorrência menor.

A população de 36.022 trabalhadores em 1990 é um dado momentâneo. Nos quatro anos que se seguiram ela decresceu para 34.795 (BANESPA, 1994), ou seja, houve nesse período uma redução de 1.365 (3,8%) trabalhadores, decorrente de falecimentos, demissões e, provavelmente em maior número, de aposentadorias. Desconhece-se como essa baixa se distribuiu, por faixa etária e por ano, e também a incidência de LER no período que nos proporcionariam análises e conclusões mais precisas. A despeito disso, a partir dos dados disponíveis, pode-se sustentar algumas hipóteses e levantar outras.

O 'tempo de sujeição', termo que se adotou em substituição à expressão 'tempo de exposição' – pretensamente neutra – é um componente importante, mas não único, da patogenia do trabalho bancário, aparentemente agravada nos últimos 14 anos e, provavelmente, mais ainda nos nove últimos anos. Pelos dados disponíveis, não há qualquer evidência empírica a se concluir, estatística ou não, de que as LER estejam relacionadas à idade, hipótese sempre lembrada, dada à presumida rigidez

das articulações e ao enfraquecimento musculotendinoso, aliados a alterações endócrinas que acompanhariam a 'segunda idade'. Em aparente oposição a esta hipótese, entre os adoecidos 25% tinham mais de 40 anos e tempos de serviço invariavelmente superiores a 12 anos. Os 19% adoecidos com menos de 30 anos de idade tinham tempo de serviço, em média, menor que 10 anos. Os 56% dos adoecidos na faixa de 30 a 39 anos tinham tempo de serviço intermediário, entre mais 10 e menos de 15 anos. Entretanto, a ocorrência de LER nos últimos anos, em todas as faixas de idade e numa proporção importante na mais jovem, sugere que além do tempo de sujeição, alguma coisa mudou no trabalho, mais provavelmente em seu conteúdo e organização. A questão da não existência ou baixa ocorrência de LER antes de 1990, e agora tão elevada, indica que a hipótese se sustenta.

O adoecimento por uma doença potencialmente incapacitante em idades tão precoces remete o problema para o âmbito social, econômico-financeiro e previdenciário. As LER impõem afastamentos prolongados do trabalho, pagamento de 'benefícios' previdenciários por incapacidade permanente ou invalidez por longo período e pagamento de indenizações civis elevadas, exames complementares de alto custo e tratamento médico caro.

## Função e hierarquia

A distribuição dos adoecidos por função se encontra na tabela a seguir.

**Tabela 12 – Adoecidos de LER na amostra do Banespa, segundo a função, 1994**

| Função/adoecidos | nº | % |
|---|---|---|
| escriturário/caixa | 426 | 85,9 |
| outros escriturários | 45 | 9,0 |
| escriturário supervisor | 24 | 4,8 |
| administrador | 1 | 0,2 |
| TOTAL | 496 | 100,0 |

Fonte: Ribeiro (1995).

Dos 525 adoecidos da amostra, 426 eram escriturários/caixas, 45 escriturários com outras funções (telefonistas, arquivistas, auxiliares de secretaria, digitadores etc.) e 24 eram supervisores, isto é, escriturários comissionados para a administração inferior, em geral ex-caixas que freqüentemente os substituíam

e cujas tarefas não diferem muito entre si. Apenas um adoecido era da administração superior. Em suma, 95% dos adoecidos pertenciam à hierarquia inferior e apenas 0,2% à superior.

Além de pertencerem ao nível hierárquico inferior, os adoecidos da amostra eram trabalhadores que em sua grande maioria exerciam funções de escriturário/caixa e assemelhadas há longo tempo. É mais do que plausível a hipótese de que a doença ocorra prevalentemente em trabalhadores situados na hierarquia mais inferior e muito raramente nos que exercem a administração superior ou média. Haveria, portanto, uma seletividade no adoecimento por LER que tem muito a ver com a diferença hierárquica funcional, com o conteúdo do trabalho e as relações de subordinação, com o tempo de sujeição e o gênero, e nada, ou muito pouco, com a idade. A partir daí fica mais fácil entender as razões da subnotificação e taxas de ocorrência e prevalência tão desiguais.

## A subnotificação

A distribuição dos trabalhadores que exercem essas funções Hierárquicas Inferiores (HI) nos estados brasileiros onde o Banespa tem agências é mostrada na Tabela 13. Na coluna do centro está a distribuição dos casos notificados de LER, na outra coluna as taxas de ocorrência, considerando como denominador a população hierarquicamente subordinada.

**Tabela 13 – População de trabalhadores situados na Hierarquia Inferior (HI), casos notificados (LER) e taxas de ocorrência no Banespa, por estado, 1994**

| Estados | HI | LER | % |
|---|---|---|---|
| São Paulo | 17.963 | 1.169 | 6,5 |
| Minas Gerais | 225 | 17 | 7,6 |
| Santa Catarina | 222 | 15 | 6,8 |
| Rio de Janeiro | 487 | 7 | 1,4 |
| Paraná | 303 | 5 | 1,6 |
| Rio Grande do Sul | 183 | 4 | 2,2 |
| Rio Grande do Norte | 69 | 2 | 2,9 |
| Espírito Santo | 41 | 1 | 2,4 |
| Pará | 42 | 1 | 2,4 |
| Mato Grosso | 52 | 1 | 1,9 |
| Distrito Federal | 141 | 1 | 0,7 |
| TOTAL | 19.428 | 1.123 | 6,3 |

Fonte: Cabesp, abril de 1994.

Pode-se observar que as taxas de ocorrência são mais elevadas e próximas entre si nos estados de São Paulo, Santa Catarina e Minas Gerais, e que as taxas dos outros estados, muito mais baixas, estão próximas umas das outras. Observe-se que 17.963 (91%) dessa população estava no estado de São Paulo, distribuída desigualmente entre a Capital, Região Metropolitana e Interior, e que a distribuição e as taxas de ocorrência de LER são desiguais, conforme a tabela seguinte.

**Tabela 14 – População de trabalhadores situados na Hierarquia Inferior (HI), casos notificados (LER) e taxas de ocorrência (%) no BANESPA da Capital, Região Metropolitana (RM) e Interior do estado de São Paulo, 1994**

| Área | HI | LER | % |
|---|---|---|---|
| Capital | 5.539 | 683 | 12,3 |
| Região Metropolitana | 1.776 | 161 | 9,1 |
| Interior | 10.648 | 325 | 3,1 |
| TOTAL | 17.963 | 1.169 | 6,5 |

Fonte: CABESP, abril de 1994.

Nota-se que a taxa de ocorrência é maior na Capital que na Região Metropolitana e quatro vezes superior à do Interior. São disparidades muito grandes entre os três primeiros estados e os demais, e entre a Capital, a Região Metropolitana e o Interior do estado de São Paulo para que se as atribuam causas externas ao circuito médico/empresa/INSS. Se atentarmos para a progressão dos registros ou notificações no período, poucas dúvidas restarão de que as causas dessas disparidades são endógenas ao circuito.

Fortalece a hipótese a distribuição anual e a taxa de ocorrência de casos notificados pelo Banco ao INSS na região de Campinas, São Paulo, única onde tivemos acesso às cópias das CAT, fornecidas pelas empresas ao sindicato, por força de lei. Nessa região o BANESPA tinha, em novembro de 1995, 1.554 trabalhadores situados nas diversas hierarquias, e até junho de 1996, 157 casos de LER notificados (Tabela 7), resultando em uma taxa de ocorrência de 10%, ligeiramente abaixo da taxa na Capital (ver Tabela 7). Isso, sem considerar o fato de que para esse exercício comparativo, utilizamos como denominador o número total dos trabalhadores e não aqueles situados na hierarquia inferior. Ou seja, ao menos na região de Campinas, a taxa de ocorrência de LER praticamente se iguala às da Capital e Região Metropolitana.

Dos 525 adoecidos, 337 (64%) anotaram no questionário que sabiam da existência de dois a quatro colegas de trabalho que tinham sintomas, mas não haviam ido ao médico. Ou seja, havia algumas centenas de trabalhadores com sintomas presumíveis de LER que não tinham procurado um médico. Ainda que ter sintomas dessa doença não signifique, necessariamente, tê-la adquirido, é provável que muitos as tivessem. Sem dúvida, é natural um intervalo de tempo entre os sintomas de qualquer doença e a ida a um médico. No caso da nossa amostra esse tempo foi, em média, de 11 meses. Uma extensa demora, se atentarmos que, no caso, a dor é onipresente e esses trabalhadores têm livre e amplo acesso aos serviços médicos credenciados por sua caixa beneficente e se submetem, ainda que apenas formalmente, a exames periódicos anuais.

A ida ou não ao médico pode não ser uma livre manifestação da vontade. Certamente não o é quando as queixas estão relacionadas ao trabalho. A obrigatoriedade legal dos exames periódicos deixa isso bem claro. O irrompimento de casos de LER no Banco após 1989, que atingiu seu ponto máximo em junho de 1993, e as médias mensais e diárias dos casos notificados dão a impressão de que essa fluência não é espontânea. Isto é, não acontece por conta apenas do aparecimento de 'casos novos', mas pela liberação da informação, assemelhando-se à alternância do fechamento-abertura-fechamento das comportas de uma represa, resultado de pressões e contrapressões, ora favorecendo a emergência e notificação de casos, ora as reprimindo. Esse comportamento pragmático da administração tem impedido que se conheça a prevalência e a incidência das LER dentro da empresa e um acompanhamento mais próximo de sua evolução como doença.

Os depoimentos dos trabalhadores adoecidos, transcritos e analisados a seguir, parecem conduzir à tese de que a 'negação' e 'ocultação' das LER é um fenômeno bilateral. Da parte dos trabalhadores, as LER estavam e estão represados pela desinformação, negação, ocultação e medo. Medo de ficar doente, de tornar-se incapacitado para o trabalho, de ser discriminado, de não ascender na empresa, de ser demitido. Esse mesmo medo é alimentado pelas práticas cotidianos de gerentes e administradores, instrumentos principais da política organizacional de negação/ocultação. À medida que as informações sobre a natureza da doença fluem e os trabalhadores sentem-se respaldados por suas entidades, a ida ao médico acaba se concretizando, em fluxos ou ondas, bem diferentemente do fluxo das epidemias.

O não querer ir ao médico por parte de trabalhadores sintomáticos ou a ida tardia dos trabalhadores da amostra – em média, 11 meses entre os primeiros sintomas e o diagnóstico médico , fazem parte do mesmo fenômeno de negação e ocultação que diante das pressões e contrapressões se flexibiliza, levando à subnotificação maior ou

menor, mas sempre presente. São cúmplices: o médico do adoecido que não estabelece o nexo entre trabalho e as LER, o administrador local que se nega ou retarda a emissão da CAT, o perito do INSS que recusa o diagnóstico do médico que assiste o doente e o técnico do serviço especializado da empresa que sonega a informação.

## O diagnóstico

A próxima tabela se refere aos diagnósticos médicos.

**Tabela 15 – Número e diagnósticos dos casos de LER na amostra do Banespa, 1994**

| DIAGNÓSTICOS | nº | % |
|---|---|---|
| LER sem especificação | 145 | 16,3 |
| Tenossinovite | 303 | 20,5 |
| Miosite etc. | 182 | 20,5 |
| Tendinite, sinovite etc. | 168 | 18,9 |
| Neurites periféricas | 91 | 10,3 |
| TOTAL | 889 | 100,0 |

Fonte: Ribeiro (1995).

Da amostra, 145 (16%) tinham o diagnóstico genérico de Lesões por Esforços Repetitivos. Os outros 380 diagnósticos eram específicos, em geral mais de um, resultando em um total de 744 diagnósticos. O mais freqüente era o de tenossinovite, que aparecia 303 vezes, seguindo-se, pela ordem de freqüência, o de miosite, tendinite e sinovite, e as compressões nervosas, que aparecia 91 vezes. Essas freqüências acompanham as referidas por autores de outros países.[107]

Quanto aos 145 diagnósticos genéricos de LER, vale discutir seu significado, começando por lembrar que todos esses diagnósticos são referidos pelos próprios adoecidos, que podem estar ou não suficientemente informados da própria doença, a depender da qualidade do relacionamento com seus médicos. Depende, também, da capacidade do profissional em fazer diagnósticos mais precisos. Mas não devemos esquecer que o termo Lesões por Esforços Repetitivos (LER) refere-se, justamente, a um conjunto de lesões pluritissulares atribuídas ao trabalho que provocam uma sintomatologia difusa, não necessariamente localizada, ou seja, é um diagnóstico, em si, a par dos outros de tenossinovite, sinovite, tendinite etc., causadas ou não pelo trabalho.[108]

[107] Kuorinka & Forcier (1995).

[108] Kuorinka & Forcier (1995:253-294); OMS/CID (1994).

A indicação sobre os segmentos e lado dos membros superiores atingidos pelos adoecidos da amostra se encontram na tabela seguinte.

**Tabela 16 – Segmentos e lados atingidos pelas LER dos membros superiores da amostra do Banespa, 1994**

| Segmento/lado | Esquerdo | | Direito | | Ambos | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % |
| Coluna | 18 | 9,6 | 83 | 44,6 | 85 | 45,7 | 183 | 35,4 |
| Pescoço | 14 | 5,8 | 129 | 53,5 | 98 | 40,7 | 241 | 45,9 |
| Ombro | 33 | 8,4 | 212 | 53,8 | 149 | 37,8 | 394 | 75,0 |
| Braço | 22 | 5,8 | 185 | 49,0 | 170 | 45,0 | 377 | 71,8 |
| Cotovelo | 33 | 10,0 | 179 | 54,4 | 117 | 35,6 | 329 | 62,7 |
| Antebraço | 18 | 5,0 | 182 | 51,3 | 155 | 43,7 | 355 | 67,6 |
| Punho | 24 | 5,0 | 206 | 43,1 | 248 | 51,9 | 478 | 91,0 |
| Mão | 24 | 6,0 | 184 | 46,2 | 190 | 47,7 | 398 | 75,8 |
| Dedos | 22 | 6,6 | 172 | 51,8 | 138 | 41,6 | 332 | 63,2 |

Fonte: Ribeiro (1995).

As lesões são mais freqüentes no lado direito do membro atingido, sempre acima de 43%, ou bilaterais, acima de 35%. Juntas, a lateralidade à direita e a bilateralidade representam mais de 90%, ou seja, a localização exclusivamente à esquerda está sempre abaixo de 10%. Os dados depõem a favor de que elas estão relacionadas ao "uso ou uso excessivo", como se refere o CID/OMS/1994 aos dois membros superiores, ou o do direito, no decurso do trabalho, etiopatopogenia atribuída também por autores anglo-saxões que chamam as LER de *occupational overuse syndrome*. Se elas não fossem conseqüência do uso abusivo de um determinado membro, sua localização seria aleatória, atingindo indiscriminadamente qualquer lado. Reforçam a tese o fato delas se localizarem, simultaneamente, em vários segmentos e predominarem naqueles mais exigidos, tanto que o punho é atingido em 91%, as mãos em 76%, o ombro em 75% e a coluna somente em 35% dos casos.

A multiplicidade e a bilateralidade achadas colocam algumas questões importantes para a compreensão da doença e a impropriedade das abordagens terapêuticas tópicas, que privilegiam um ou outro segmento. Isso explica o fracasso de procedimentos fisioterápicos e cirúrgicos com enfoque localizado, descuidados da multivariedade das lesões e de sua causalidade principal, o trabalho.

O elevado comprometimento dos punhos e das mãos indica que os movimentos repetitivos impostos pelo trabalho são a causa mais próxima do aparecimento das LER, porém o elevado envolvimento dos outros segmentos, principalmente do ombro e braço sugere que a sobrecarga musculoesquelética estática, em conseqüência da postura dos membros superiores no trabalho é, também, uma causa imediata, simultânea e não desprezível, resultante da fadiga crônica, razão pela qual, no Japão, Alemanha e países escandinavos, a doença leva o nome de *occupational cervicobrachial disorders*.

Vejamos a tabela seguinte:

**Tabela 17 – Tipos e resultados dos exames complementares realizados pelos adoecidos de LER na amostra do Banespa, 1994**

| | Informados | | Positivos | | Negativos | | Desconhecidos | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Exames | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % |
| Ultra-som | 360 | 68,6 | 292 | 81,1 | 21 | 5,8 | 47 | 13,1 |
| Raios X | 348 | 66,3 | 165 | 47,4 | 121 | 34,8 | 62 | 17,8 |
| E.n.m.grafia | 255 | 48,6 | 135 | 52,9 | 89 | 34,9 | 31 | 12,1 |
| Tomografia | 55 | 10,5 | 31 | 56,4 | 18 | 32,7 | 6 | 10,9 |
| Ressonância | 46 | 8,8 | 25 | 54,3 | 14 | 30,4 | 7 | 15,2 |

Fonte: Ribeiro (1995).

À exceção dos Raios X, com positividade referida de 47%, os demais exames complementares tiveram positividade acima de 50% e a ultra-sonografia, positividade de 81%. Sabe-se, no entanto, que a negatividade desses exames não invalida o diagnóstico das LER, sobretudo nos primeiros estados da doença, quando eles são habitualmente negativos, porque as modificações teciduais provocadas pelo processo inflamatório não são captadas nem pelos mais sensíveis deles. A elevada positividade desses exames na amostra leva à suposição de que ela era constituída, predominantemente, de casos em estado avançado. Assim sendo, tais exames evidenciariam a gravidade da doença. Deve-se, no entanto, ter cautela para não transferir, automaticamente, essa presunção para o exercício da clínica e muito menos para classificar o estado da doença, particularmente quando se pretende arbitrar sobre incapacidade do trabalho, concessão de benefícios previdenciários e ações indenizatórias de outra natureza. Se da positividade desses exames pode-se, até certo ponto, inferir a gravidade ou o estado mais avançado das lesões, sua negatividade não as exclui, sendo possível encontrar casos graves que não tenham expressão em imagens ou traçados.

A eletroneuromiografia foi solicitada em pouco menos da metade dos casos e foi detectada positiva em um quarto deles, sugerindo envolvimento freqüente dos nervos periféricos, aliás, comum nas LER. Essa positividade, contudo, não permite concluir sobre a presença de síndromes neurológicas compressivas que careçam intervenções cirúrgicas.

Todos esses exames têm altos custos e um deles, a eletroneuromiografia, é bastante desagradável. Como as lesões atingem simultaneamente vários segmentos e são bilaterais, seus preços se elevam. A principal razão para sua utilização criteriosa não seria por tais objeções, mas por sua habitual negatividade nos estados iniciais das LER. Realizá-los ou exigir sua realização nesses estados vai de encontro ao interesse de descaracterizá-las como doença do trabalho. No entanto, dificultar sua realização quando necessária sob o pretexto de sua baixa sensibilidade, preços altos, abuso ou imperícia do médico solicitante e, ao mesmo tempo, apregoar fora do tempo e do lugar que 'a clínica é soberana', é desprezar toda a relevância do problema, especialmente as necessidades do adoecido. O que se deve querer desses exames não é convalidar ou invalidar diagnósticos, mas avaliar, quando for o caso, a estado da doença em benefício do doente.

É bom lembrar que a validação de qualquer exame complementar repousa em dois pré-requisitos: a qualidade técnica quando da sua realização e a capacidade de quem os interpreta e elabora os laudos, sobretudo quando se trata de exames de imagem. Em suma, em qualquer deles há forte componente de subjetividade. Isso tem suscitado muita discussão sobre a possibilidade, não desprezível, de erros diagnósticos nos dois sentidos, menos grave ao afirmar a existência de uma doença inexistente do que negá-la quando existe.

## O sofrimento psíquico

No início de 1993, passamos a ter uma convivência assídua com os adoecidos de LER nos grupos constituídos dentro da AFUBESP e no Sindicato dos Bancários de Campinas. Essa convivência permitiu perceber a presença muito evidente de sofrimento psíquico, tal como a variação de sua intensidade. Não eram grupos terapêuticos, embora muitos dissessem, após algum tempo, que participar deles tinha tido esse efeito, provavelmente por romper com o isolamento e a discriminação sociais. A ansiedade e a vontade de cada um relatar seu caso era comum aos que ingressavam e a tolerância em ouvi-los fez-se grande, pois todos vivenciaram esses sentimentos antes de assumir uma postura mais coletiva. Conquanto houvesse sempre partici-

pantes mais ou menos permanentes, havia sempre saída de uns e entrada de novos, o grupo participativo era aberto. Se de um lado essa circunstância diminuiu o nível de coesão e de eficácia em termos de elaboração política, propiciou, de outro, o conhecimento de um contingente mais largo de adoecidos em diferentes momentos de sua experiência e a reflexão sobre alguns preconceitos e conceitos correntes.

Não se percebeu nesse espaço e em outros onde houve reuniões com os adoecidos o sentimento de fruição por 'estar encostado na caixa', ou seja, de ganhar sem trabalhar, condição vivida com grande angústia. A preocupação e insistência era quando se daria a 'volta ao trabalho', necessidade existencial muito presente. Os possíveis 'benefícios' previdenciários, como o auxílio vitalício por incapacidade definitiva, eram desconhecidos e raramente pleiteados, provavelmente porque seu pedido e gozo significariam, talvez, o reconhecimento público e irrecorrível da incapacidade, com conseqüências supostamente desfavoráveis na empresa em que trabalhavam. Eram, pois, flagrantes os sentimentos de perda e medo, que, somados à dor física, compunham os assentos do sofrimento mental.

Foi a percepção desses 'sinais' que levou a incluir as 20 questões propostas por Harding et al. (1980) no questionário respondido pelos adoecidos de LER para a detecção de distúrbios não psicóticos.[109] A tese aqui defendida, que levou a se aplicar o Self Report Questionaire (SRQ-20) é a de que o sofrimento psíquico faz parte das LER e lhes dá a feição de uma 'doença total' e não local. Esse sofrimento, obviamente subjetivo, tem componentes orgânicos, como a dor física, mas tem também componentes sociais objetivos, como a incapacidade de trabalhar.

O SRQ-20 foi sugerido por seus autores para ser utilizado como instrumento de *screening* de populações em unidades de cuidados primários, dentro da proposta da Organização Mundial da Saúde de estudar a morbidade psiquiátrica em países em desenvolvimento. Os próprios autores o aplicaram naquele ano na Colômbia, Índia, Sudão, Filipinas e Senegal. Em Quênia e na China, em 1983.

Dos 20 sintomas suscitados pelo SRQ, quatro – dor de cabeça, falta de apetite, má digestão e sensações desagradáveis no estômago – são de ordem somática. Os demais dizem respeito mais estritamente à área psíquica. Desses, o 'sentir-se triste ultimamente', 'chorar mais do costume', 'perder o interesse nas coisas', 'realizar suas atividades diárias sem satisfação', 'não acreditar poder desempenhar um papel útil na vida', 'sentir-se uma pessoa inútil e ter idéias de acabar com a vida' são sintomas depressivos, os três últimos, sobretudo o último, severos. 'Dormir mal', 'tremores nas mãos', 'sentir-se nervoso, tenso, preocupado', 'dificuldade de pensar com clareza,

---

109 Mari & Williams (1986).

de ter que tomar decisões, sentir-se cansado o tempo todo', 'cansar-se com facilidade', 'sofrer com o trabalho', 'assustar-se com facilidade' são sintomas leves que dizem mais respeito à ansiedade.

Busnello, em 1983, foi quem primeiro aplicou o SRQ-20 no Brasil, e em 1985, Mari & Williams o fizeram, avaliando sua 'sensibilidade', isto é, a capacidade de identificar os "casos verdadeiros", e sua 'especificidade', ou seja, a capacidade de identificar os "casos normais" comparando com um outro instrumento, o General Health Questionaire (GHQ-12).

O estudo de Mari & Williams foi conduzido em três unidades primárias de saúde na capital de São Paulo, envolvendo uma amostra com 875 pessoas, das quais 260 foram entrevistadas posteriormente por psiquiatras. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo do SRQ-20, no "ponto de corte" (*cut-off point*) entre sete e oito respostas positivas, estiveram acima de 80% e muito próximas ao GHQ-12. Constataram os autores que o instrumento se prestava para avaliar a severidade do sofrimento, posto que quanto maior o número de respostas positivas, mais severos eram os casos relacionados a exame psiquiátrico.

Pitta (1994:151-157) aplicou o SRQ-20 em uma população de 1.181 trabalhadores de um hospital geral, encontrando 20,8% de casos suspeitos e adotando como ponto de corte aquele proposto por Mari & Williams. Também o fizeram Silva Filho et al. (1992), no estudo com 1.200 bancários, já comentado neste texto, achando taxas de 25% entre os 733 que trabalhavam em agências e de 23,6% entre os que trabalhavam em uma das suas unidades administrativas e controladoras centrais do Centro de Serviços e Comunicações (CESEC) do Banco do Brasil.

Com base nas freqüências simples de respostas positivas do estudo de Silva Filho et al. com a população de bancários supostamente sadios e as da nossa amostra de adoecidos de LER, construímos a Tabela 18, obedecendo a ordem decrescente das freqüências.

Tabela 18 – Freqüências simples dos sintomas do SRQ-20 da amostra de adoecidos do BANESPA, por ordem decrescente, e da população de bancários de agências e CESEC[110] do Banco do Brasil, supostamente sadios, estudados por Silva Filho et al.

| | BANESPA | Banco do Brasil | |
|---|---|---|---|
| Perguntas / Sintomas | LER | Agências | CESEC |
| Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a) | 85,7 | 66,4 | 62,5 |
| Cansa-se com facilidade | 69,5 | 24,4 | 28,1 |
| Dorme mal | 65,4 | 23,1 | 30,4 |
| Tem se sentido triste ultimamente | 64,6 | 37,7 | 34,3 |
| Tremores nas mãos | 62,7 | 10,9 | 7,3 |
| Realiza suas atividades diárias sem satisfação | 55,7 | 42,7 | 41,5 |
| Dor de cabeça freqüente | 51,9 | 29,6 | 35,3 |
| Tem sensações desagradáveis no estômago | 49,7 | 23,2 | 25,1 |
| Sente-se cansado o tempo todo | 47,3 | 24,4 | 25,1 |
| Chora mais do que costumava | 46,0 | 12,3 | 12,0 |
| Faz má digestão | 46,0 | 19,9 | 22,9 |
| Assusta-se com facilidade | 43,7 | 36,6 | 22,1 |
| Tem dificuldade de pensar com clareza | 42,9 | 10,6 | 11,1 |
| Tem dificuldade para tomar decisões | 40,6 | 20,8 | 21,8 |
| Seu trabalho no emprego lhe causa sofrimento | 35,6 | 23,3 | 19,5 |
| Sente-se uma pessoa inútil | 31,2 | 3,5 | 3,6 |
| Perdeu o interesse nas coisas | 26,3 | 17,3 | 16,9 |
| Falta de apetite | 13,1 | 13,1 | 9,2 |
| Tem idéias de acabar com a vida | 5,9 | 3,0 | 1,5 |
| Não acredita poder desempenhar um trabalho útil na vida | 10,0 | 4,4 | 5,6 |

Todos os sintomas dos adoecidos de LER do BANESPA têm freqüências, em geral, duas vezes maiores que a dos bancários sadios do Banco do Brasil, inclusive em relação aos mais severos, de fundo depressivo. A tabela seguinte demonstra a estatística relatada:

[110] CESEC: Centro de Serviços e Comunicações do Banco do Brasil.

Tabela 19 – Freqüências e taxas acumuladas do SRQ-20 na amostra de adoecidos do BANESPA, 1994

| | | Taxas de Freqüências | |
|---|---|---|---|
| Sintomas | Respostas Positivas | Simples | Acumulada |
| 0 | 9 | 1,7% | 1,7% |
| 1 | 23 | 4,4% | 6,1% |
| 2 | 23 | 4,4% | 10,4% |
| 3 | 31 | 5,9% | 16,3% |
| 4 | 21 | 4,0% | 20,3% |
| 5 | 30 | 5,7% | 26,0% |
| 6 | 35 | 6,6% | 32,6% |
| 7 | 37 | 7,0% | 39,7% |
| 8 | 48 | 9,1% | 48,8% |
| 9 | 44 | 8,3% | 57,1% |
| 10 | 39 | 7,4% | 64,5% |
| 11 | 26 | 4,9% | 69,4% |
| 12 | 35 | 6,6% | 76,1% |
| 13 | 32 | 6,1% | 82,2% |
| 14 | 32 | 6,1% | 88,2% |
| 15 | 15 | 2,8% | 91,1% |
| 16 | 22 | 4,2% | 95,3% |
| 17 | 15 | 2,8% | 98,1% |
| 18 | 8 | 1,5% | 99,6% |
| 20 | 2 | 0,4% | 100,0% |
| TOTAL | 527 | 100.0% | |

Adotando o mesmo "ponto de corte" (*cut off point*) de 7/8 proposto pelos autores citados, constata-se, pela Tabela 19, que 318 (60,3%) dos adoecidos da amostra apresentam oito ou mais sintomas psiquiátricos, ou seja, são suspeitos de terem problemas psíquicos; para 161 (30,6%), esta suspeita é mais forte, uma vez que acusaram a presença de 11 ou mais sintomas, e muito maior ainda para 62 (11%), que registraram 15 ou mais sintomas. Trata-se, portanto, de um contingente de adoecidos de LER que não apenas apresenta um número elevado de problemas psíquicos, como parte desse parece padecer de um sofrimento psíquico franco.

Um total de 225 (42%) desses doentes tiveram indicação de psicoterapia e 128 (24%) a estariam fazendo ou a teriam feito. Tratar-se-ia de um sofrimento produzido pela doença, tanto maior quanto sua gravidade e da perda da capacidade de trabalhar e de cuidar de si. Esse sofrimento confere às LER o caráter de um adoecimento total, do corpo e da mente, físico e psicossocial.

## As terapias

Chamava a atenção o elevado número de quimioterápicos que os adoecidos tinham usado ou ainda estavam usando. Os mais prescritos foram os do grupo de analgésicos e antiinflamatórios, invariavelmente mais de três ao longo do tratamento. A diversidade e o tempo sabidamente prolongado da doença faz supor a ocorrência de efeitos colaterais, notadamente os distúrbios gástricos e, com menor freqüência, discrasias sangüíneas, que indicam os limites e as poucas alternativas da quimioterapia. Corticóides e analgésicos foram injetados localmente algumas vezes, apesar do quase consenso de que essa é uma prática pouco recomendável.

Os adoecidos da amostra foram pacientes de uma série de terapias físicas convencionais (Tabela 20), havendo razões para suspeitar de excessiva e aleatória utilização, dada a escassa experiência de médicos e fisioterapeutas em lidar com uma doença que, sem ser nova, é de eclosão recente com as características atuais, entre elas, as da multiplicidade, bilateralidade e multivariedade das lesões.

**Tabela 20 – Práticas fisioterápicas convencionais realizada pelos adoecidos de LER da amostra no BANESPA, 1994**

| Fisioterapia | nº | % |
|---|---|---|
| Ultra-som | 294 | 19,4 |
| Ondas curtas | 195 | 12,9 |
| Exercícios | 152 | 10,0 |
| Corrente elétrica | 148 | 9,8 |
| Parafina | 128 | 8,4 |
| Outras | 601 | 39,5 |
| TOTAL | 1.518 | 100,0 |

Fonte: Ribeiro (1995).

Reforça a hipótese a recorrência a terapias não muito convencionais ou mesmos alternativas, algumas absolutamente inaceitáveis pelos cânones da medicina científica. Da amostra, 245 (40%) doentes haviam feito ou estavam fazendo acupuntura e 109 (18%) Reeducação Postural Global (RPG), enquanto 41 (8%) apelaram para 'passes mágicos' ou espirituais.

No uso dessa parafernália terapêutica, o que fica evidente é sua baixa eficácia que não sabemos se dever à má indicação, ao uso desqualificado ou à inerente impropriedade. Mais grave, porém, é que 172 (32,7%) adoecidos tiveram prescrição de cirurgia e 71 (13,5%) a ela se submeteram. Sabendo que tal prática deveria ser exceção, reservada quase exclusivamente para as síndromes neurológicas compressivas irreversíveis e para as retrações fibróticas, pode-se afirmar que as indicações e cirurgias ocorreram de forma excessiva.

## Incapacidade e invalidez

As LER podem levar à incapacidade temporária e, até, à invalidez. Os adoecidos da amostra ficaram, em média, 336 dias afastados do trabalho, portanto, quase um ano. Desses, 87 (19%) tiveram incapacidade permanente parcial reconhecida pelo INSS e apenas 141 (32%) haviam conseguido 'alta' previdenciária. Provavelmente porque a amostra era constituída de casos referentes a estados mais graves, somente 28 (5%) haviam se tornado assintomáticos, enquanto 156 (31%) obtiveram franca melhora, 262 (52%) alguma melhora e 58 (12%) pioraram.

Apesar de 95% permanecerem sintomáticos, isto é, com a doença em curso, 276 (53%) retornaram ao trabalho, sendo 205 para outra função, 45 para a mesma e apenas 26 tiveram suas atividades laborais diminuídas. Se por um lado esses dados sugerem que a empresa, de algum modo – ainda que de forma confusa e aleatória e, provavelmente, com pouco êxito –, tentou relocar essas pessoas em funções e atividades que as sujeitassem menos às exigências do trabalho, por outro, é preocupante o fato de pessoas sintomáticas, portanto doentes, estivessem trabalhando – contrariando todos os princípios legais e éticos, obrigadas a abrir mãos de direitos – com risco de piorarem e, mais ainda, de comprometerem sua saúde e sua capacidade de trabalho. Conscientes, inconformados com as perdas e por medo, porém subordinados, os adoecidos acabam se curvando à situação, voltando ao trabalho logo que podem ou, ainda, recebendo 'alta' previdenciária.

# Decifrando a fala

*O caçador teria sido o primeiro a 'narrar uma história' porque era o único capaz de ler, nas pistas mudas (se não imperceptíveis) deixadas pela presa, uma série coerente de eventos. 'Decifrar' ou 'ler' as pistas dos animais são metáforas. Sentimo-nos tentados a tomá-las ao pé da letra, como a condensação verbal de um processo histórico que levou, num espaço de tempo talvez longuíssimo, à invenção da escrita.*
Ginzburg (1990:152)

Como explicar, ao longo de anos, o alheamento que percorreu todas as estruturas de poder do Banco, incluindo os órgãos técnicos diretamente responsáveis pela vigilância desse tipo de problema, apesar de sua crescente freqüência?

Admita-se, como faz um dos depoentes, não sem uma ponta de dúvida, de que se trate de uma 'ignorância' real, sem dar a essa palavra qualquer sentido pejorativo, simples desconhecimento de diretores, gerentes e administradores sobre o que estava acontecendo com a saúde dos seus subordinados. Presume-se que esse desconhecimento não se inscreva, de hábito, nos anais das empresas que construíram, sabe-se, sistemas de controle e informação bastante eficazes. Se assim é, nenhum desconhecimento ou desinformação é inocente, faz parte de uma política.

O desconhecimento tem, porém, nos diversos níveis hierárquicos, conteúdos e nuanças diferentes. Os diretores seriam menos 'informados' e sentem-se menos responsáveis, porque distanciados do local onde os que realizam o trabalho mais manual – os trabalhadores de nível hierárquico mais baixo – adoecem. Conseqüentemente, ignoram a ocorrência dos fatos cotidianos, fora de sua alçada e de seu olhar. Para eles, trabalhadores adoecidos ou não, é uma abstração. Ouvem, cada vez com mais freqüência, falar de LER, mas essa doença é ainda mais abs-

trata. Podem argumentar, não sem uma pitada de razão, que a administração central está voltada para o cumprimento de outras funções, mais diretamente ligadas às missões e objetivos do Banco.

Somente a partir do momento em que há o comprometimento da capacidade de trabalho de um contingente crescente da força de trabalho, ameaçando metas e objetivos e aumentando despesas, é que as LER passam à ordem do dia da diretoria. E aí já se foram anos. É sob a ótica da força de trabalho, principalmente, que são vistos os empregados dessa ou de qualquer outra empresa.

Faz sentido, pois há percepção dos adoecidos sobre 'a falta de tratamento humano' dispensado pela diretoria do Banco. O desconhecimento sobre os sentimentos das pessoas subordinadas, o trato e distrato das suas necessidades e problemas fazem parte da desumanização das relações de trabalho, marcadas pela verticalidade e impessoalidade.

Para os adoecidos, no entanto, os diretores não são culpados por seu adoecimento, mas por não resolverem o problema das LER e as necessidades que engendram. O beneplácito da desinformação lhes é concedido, mas não o da omissão.

O comportamento da diretoria em relação a essa doença se reproduz no nível das macrogerências ou diretorias regionais, apesar de sua maior proximidade com os locais onde o trabalho manual se realiza em maior escala. Mas as informações que lhes chegam são fragmentadas, restritas à sua área, e seu poder de intervenção é menor. A circunstância de constituírem um poder intermediário, pouco visível, as tornam mais protegidas da acusação de responsáveis ou co-responsáveis.

Tal proteção não têm as gerências, administrações e chefias locais. De todos os escalões hierárquicos superiores, são os de menor poder, mas onde o mesmo se exerce sem disfarce. Sabem, razoavelmente, o que ocorre com os seus subordinados e com a saúde deles, mas ao contrário, ignoram o que está fora do seu campo visual, com relação aos subordinados dos outros. São os mais expostos, os mais visíveis e, simultaneamente, os que têm maior obrigação e oportunidade de ver, enxergar o cotidiano. Se não o fazem é por estarem despreparados ou simplesmente por não querer.

Como afirma um depoente, são dois os casos em sua agência, raros portanto. Desse modo, ele e o outro adoecido são considerados 'estranhos'. Se os casos são raros em cada local de trabalho, a presunção é que o número de casos no conjunto dos locais seja insignificante, estranho ou exótico. Prevalece a impressão local.

O silêncio da administração superior sobre a verdadeira dimensão do problema LER corrobora para essa percepção fragmentada e equívoca das administrações locais. Essas não vêm esse modo de adoecimento – novo para elas – como

decorrência do trabalho, apesar de haver se tornado, progressivamente, um grave problema de saúde dos trabalhadores de sua unidade e do Banco. Ao não compreender sua magnitude, administra-o, ou tenta, individualizando-o como caso e coisa fortuitos.

E o fazem como costumam fazer com outros casos e coisas, ou seja, de várias maneiras, a mais comum duvidando do subordinado queixoso que apresenta queda de produtividade e se ausenta, alegando estar adoecido de uma doença que negava e ocultava. O caminho mais fácil é responsabilizar o próprio subordinado, vendo no ato de adoecer uma forma disfarçada de insubordinação. É um modo de invalidar suas queixas, problemas e necessidades e, com isso, precaver-se do aparecimento de outros casos e queixas semelhantes.

Não é difícil invalidar pessoas que têm sofrimentos, sempre solitários e que lidam com medos, ameaças e perdas concretas; mais fácil ainda se é mulher, indo da insinuação pouco sutil de 'estar ou ser nervosa', ao xingamento escrachado de 'estar louca'. As LER são manifestações ditas psicológicas, insinuando-se uma debilidade psíquica intrínseca do adoecido e sua autoculpabilidade. Como os adoecidos, em sua maioria, são mulheres, as LER passam a ser um atributo feminino, 'coisas de mulher', expressão carregada de preconceito que mal disfarça a estratégia de inibir a revelação da doença por parte dos homens adoecidos. A prevalência maior de LER no gênero feminino é, sem dúvida, um fato atordoante, mas talvez fosse menor se não houvessem esses juízos depreciativos ao gênero dos que mais adoecem e aos já adoecidos.

Neste ponto, vale indagar o seguinte: qual empresa que funcionasse em um único local de trabalho suportaria que 5% dos seus trabalhadores diretamente ligados à produção estivessem adoecidos e 2,6% afastados por uma mesma doença do trabalho, sem tomar conhecimento e providências compatíveis com a gravidade da situação e sem originar protestos e resistências dos trabalhadores e de suas entidades.

A dispersão dos trabalhadores por 1.700 dependências, entre elas 600 agências, favorece o ocultamento do que está ocorrendo em cada uma. A produção de informações que não sejam aquelas relacionadas aos objetivos específicos da empresa é precária e seu tratamento pior.

O órgão que deveria processá-los – a Divisão de Saúde Ocupacional e Relações do Trabalho (DSORT), que assume as atribuições do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) que a legislação obriga –, tem sido incapaz de formular políticas e ações compatíveis com a gravidade da situação, corroborando a tese de que a desinformação não é inocente, mas parte de uma política. O que parece ter exposta essa não inocência e essa política foi o descontrole da situação, pondo em risco a produtividade do Banco.

Pelos depoimentos, a negação da doença e as práticas discriminatórias não se restringem aos administradores locais. Caixas, escriturários e chefias menores, quando sadios, têm comportamento parecido. A negação e o preconceito envolveriam, também, os companheiros que realizam o mesmo trabalho, sujeitos a igual adoecimento.

Os acidentes de trabalho típicos geram conhecido sentimento de horror e freqüentes, embora passageiras, manifestações coletivas de revolta contra violência tão explícita. No entanto, a tese da culpa do acidentado pelo próprio acidente se sustentou por várias décadas no País, alicerçada na teoria tão cínica quanto perversa de que a maioria tinha como causa o 'ato inseguro' praticado pelo trabalhador. Técnicos e tecnocratas patronais a difundiram largamente nos Congressos Nacionais de Prevenção de Acidentes (CONPAT), nas Semanas Internas de Prevenção de Acidentes (SIPAT), nos cursos de engenharia de segurança e medicina do trabalho e nos de formação de agentes das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS). Resíduos dessa teoria e desses discursos ainda impregnam a consciência dos trabalhadores, introjetados por maciça propaganda. Foi, porém, impossível negar o número crescente de intoxicações por vapores e gases de chumbo, dissulfeto de carbono, benzeno e mercúrio, de pneumopatias provocadas por poeiras e de surdez devido ao ruído, em decorrência dos processos industriais, evidências físicas e químicas objetivas das condições e ambientes de trabalho; mas a mensuração de agentes patogênicos nos locais de trabalho e sua comparação com os discutidos e discutíveis níveis de tolerância da legislação, no entanto, são legalmente aceitos para a caracterização da insalubridade e risco do ambiente e a responsabilização, quando muito reparadora, da empresa e do empregador. Ainda assim, tem sido muito difícil, mesmo para as categorias de trabalhadores mais organizadas, sujeitas a tais agravos, elaborarem, além de denúncias e protestos, políticas e ações sistemáticas capazes de obrigar o patronato a alterar processos de produção com vistas à prevenção de acidentes e doenças tipificados como do trabalho.

As LER padecem dessa materialidade e possibilidade física de mensuração. Uma portaria ministerial de 1987 e uma norma técnica do INSS, de 1992, admitem-nas como doença do trabalho e identificam os movimentos repetitivos como causa principal e mais próxima. Esse nexo de causalidade é evidenciado pelo número de casos em determinadas atividades e funções.[111]

---

[111] Projeto de uma nova norma técnica do INSS sobre LER foi publicado no D.O.U. de 11/07/97. Nele há uma indisfarçável tentativa de restringir o conceito atual de LER aos quadros restritamente ortopédicos conhecidos.

As LER, nos Bancos, são doenças do trabalho prevalentemente de escriturários/caixas e funções correlatas, não de administradores, gerentes e diretores. A ocorrência de LER nos locais de trabalho onde aqueles exercem suas atividades é, ou era, tida como rara, singular, estranha. Por isso os trabalhadores sadios, embora sujeitos ao mesmo adoecimento, também as negavam e ainda o fazem. O que virá convencê-los é a perda dessa percepção inocente sobre a singularidade dos casos, o conhecimento da sua pluralidade real, indesejável e ameaçadora.

Afinal, ninguém quer adoecer. É sempre doloroso e prenuncia o que menos se deseja e, por isso, o que se quer menos lembrado, a morte. Não é isso o que temem os adoecidos de LER, embora o sofrimento físico e psíquico possa, ocasionalmente, alimentar esse desejo indesejado. O que efetivamente temem é a morte social, expressa pela incapacidade de trabalhar em uma sociedade que fez do trabalho um fetiche.[112]

Trabalhar é uma virtude, não trabalhar, uma ignomínia. Mas antes do envoltório moral ou religioso, trabalhar é uma necessidade concreta. Todos precisam trabalhar para sustentar a si e aos seus. Estar destituído dessa capacidade, ainda que involuntariamente, implica sanções e conseqüências. E é tão forte esse sentimento de dever que os que estão incapacitados sentem-se culpados, perdem a auto-estima e se ressentem com as incriminações veladas e mais ainda com as explícitas.

A doença é perturbadora não só para os adoecidos, mas para os que não estão ou não declaram o adoecimento. Temem adoecer e se ressentem objetivamente da ausência do companheiro de trabalho, com razão. Além disso, o trabalho bancário não é distribuído uniformemente pelos dias do mês. Há dias mais corridos e dias mais calmos. Obviamente, as empresas bancárias estabelecem seus critérios de contratação e locação de pessoal, com base na massa de trabalho necessário nos dias calmos. Nos dias de 'pico' são exigidos dos assalariados mais trabalho e produtividade. Essa assincronia de exigências torna-se crítica quando, uma vez que seja, um trabalhador falta em dia mais sobrecarregado.

Há tolerância e compreensão dos trabalhadores quando a ausência do companheiro lhes parece justa. No caso de um acidente grave, de uma doença convencionalmente aceita, ou de situações como gravidez e parto, socialmente referendadas. Essa compreensão diminui ou desaparece ante uma nova situação que os desfavoreça. E se essas ausências passam a ser freqüentes ou o afastamento do trabalho é prolongado, as incriminações veladas se fazem recriminações explícitas.

Esse comportamento dos trabalhadores sãos do Banespa, que pelos depoimentos parece freqüente, é percebido e registrado pelos adoecidos como acusação despropositada, discriminatória; mas ele tem vários conteúdos e sentimentos que o

---

[112] Marx (1975:41-93); Costa (1987); Kurz (1993:16-29).

faz diferente do comportamento aparentemente igual dos administradores. Trabalhadores adoecidos e não adoecidos, mas sujeitos a ter LER, são frações da categoria de trabalhadores situadas na hierarquia inferior e exercem funções e tarefas iguais ou assemelhadas. O que as diferencia, momentaneamente, é a presença revelada da doença em uns e não em outros, a maioria; e se têm comportamentos diferentes é por causa dessa nova contingência. Deve-se, portanto, supor que os adoecidos, quando sãos, tivessem o mesmo comportamento dos que hoje se sentem sobrecarregados por suas ausências. Esses, há bem pouco, se identificavam com aqueles como companheiros e até como 'uma família'. Porém, os não adoecidos não se tornaram moralmente piores e menos solidários, nem os adoecidos, com a aura indesejável de sua doença, se fizeram mais ou menos virtuosos. São todos trabalhadores, pessoas vivendo suas necessidades, conflitos e subjetividades. A 'estranheza' recíproca que as LER trouxe é uma situação nova e constrangedora. O adoecido, que se via nos outros e com os quais se identificava, posto que era neles que via a si próprio, por meio de manifestações de afeto, solidariedade e elogios, sente-os diferentes, afastados, recriminadores. Os sadios, que se identificavam com os adoecidos quando sãos, os percebem diferentes, trabalhando pouco ou mal e se comportando socialmente de maneira 'estranha'.

Essa estranheza recíproca não se estabelece de imediato, pois medeia um espaço de tempo razoável entre os primeiros sintomas das LER e o autoconhecimento do adoecimento, tempo em que ele é negado e ocultado, apesar da dor, por temor das conseqüências. A tristeza e a irritabilidade, sinais premonitórios que acompanham a perda da capacidade de trabalho, são vistas externa e socialmente como vontade deliberada de não trabalhar. Quando a doença se faz pública, com o afastamento por determinação médica, um longo caminho introspectivo de sofrimento foi percorrido e já ocorreu o distanciamento afetivo dos companheiros de trabalho, desestruturando suas relações. Para piorá-las, o adoecido sente-se mais doente do que se reconhece e declara. A negação da doença pelos outros é também sua, reforçada pela dubiedade médica.

Nesse ponto o sofrimento físico foi exacerbado pelo sofrimento psíquico, dificultando ainda mais a inserção social na empresa, junto aos amigos e familiares. O desespero é visível aos outros, mas falta a esses a subjetividade física da dor e do sentimento das múltiplas perdas de quem adoece; e o olhar leigo, habituado a surpreender os sinais exteriores de outros adoecimentos, não logra perceber as marcas interiores e profundas das LER, até porque a ambigüidade desse padecimento inquietante estabelece, por um tempo razoavelmente longo, uma cumplicidade na negação da doença entre os circunstantes e o adoecido. O que vai expô-lo e torná-lo

objetivo é a incapacidade subjetiva de o adoecido 'fazer o que fazia antes', os limites que a dor impõe, mas não o sofrimento psíquico que a incapacidade provoca. Esses novos limites, definidos pela dor, o adoecido não aceita tranqüilamente, recusando-se a negociar consigo próprio e tornando mais difícil a negociação com os outros.

Nos casos graves, essa subjetividade carregada de pessimismo com relação aos seus limites, à cura e à reintegração no trabalho é reforçada pela empresa e seus prepostos, perplexos com uma doença em que a assistência médica tem sido uma abordagem tardia, restrita e freqüentemente mal-sucedida.

A terapêutica está voltada para a dor, via medicamentos, e para o uso de recursos fisioterápicos flagrantemente aleatório. O repouso, fundamental para o tratamento, por interromper a continuidade traumática do trabalho e esfriar o processo inflamatório, nem sempre é respeitado.

Há recalcitrância da empresa, da previdência social e até do adoecido que, por razões diversas, resiste ao afastamento e quer o retorno mais breve ao trabalho. Os médicos, por sua vez, não insistem tanto nesse ponto, particularmente se as resistências são grandes e institucionais. Justificam o 'lavar de mãos' com a legislação previdenciária, cujo conteúdo concede enorme poder discricionário aos peritos do INSS.

O afastamento do trabalho por tempo inferior a 15 dias é, por lei, de competência do empregador. Acima desse tempo é de competência do INSS, junto com a obrigação do pagamento do salário do afastado. Essa é uma situação indesejada pelo adoecido e da qual se vale a administração para evitar afastamentos prolongados, concedendo, com certa freqüência, como benesse, vários afastamentos sucessivos, mas inferiores ao prazo fatídico de 15 dias.

Em qualquer dessas circunstâncias, o laudo do médico que assiste o doente é a peça mais importante e desencadeadora de todo o processo de reconhecimento legal da doença; se ele o documenta bem, as coisas são mais fáceis, mas não necessariamente resolvidas. Infelizmente não são muito freqüentes os laudos médicos circunstanciados. O hábito é fornecer um atestado, quando muito consignando à lesão, raramente atribuindo-a, nesse documento, ao trabalho. O nexo causal ou deixa de ser feito ou é transferido para outras instâncias: aos serviços próprios da empresa (DSORT, Cabesp) ou aos serviços estatais de saúde do trabalhador, que são poucos, para não dizer raros. Se o nexo causal não é estabelecido ou não é aceito, a doença é descaracterizada como do trabalho e o adoecido de LER perde os parcos 'benefícios' dessa situação particular, diminuídos bem recentemente, ou seja, a equiparação com os acidentes do trabalho e a possibilidade de receber o auxílio acidentário vitalício, a contagem de tempo de serviço para a aposentadoria pela previdência e a estabilidade precária de um ano no emprego.

O fato de o reconhecimento das LER como doença do trabalho no Brasil ser recente, só em parte justifica a recalcitrância da empresa em emitir a Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT), documento indispensável para sua caracterização, recalcitrância que encontra eco, por motivos diferentes e bastante óbvios, nos peritos do INSS, orientados para duvidar sempre do vínculo de qualquer doença com o trabalho, resistindo ao laudo do médico que assiste o doente com LER, invocando, às vezes com razão, a fragilidade ou inconsistência das provas e, despropositadamente, cobrando exames complementares.

Os médicos, os de origem brasileira ainda mais, costumam ser muito econômicos nas revelações que fazem sobre a doença, mesmo para com os maiores interessados, os doentes. Alegam, equivocadamente, a necessidade ética do sigilo profissional. Há muitos anos essa prática confusa, omissa, às vezes defendida com arrogância, serve para que as empresas e o INSS descaracterizem as relações dessa e de outras doenças com o trabalho, alimentando reservas e preconceitos. Em várias dessas situações, os afastamentos autorizados ou não pela perícia médica foram realizados sem o reconhecimento dessa relação, penalizando os adoecidos em seus direitos e prerrogativas.

Colhido nessa rede de resistência e comportamentos técnico-burocráticos e vivendo seu sofrimento e incapacidade de fazer e trabalhar, que parecem insolúveis dentro dessas lógicas e desse sistema reparador de baixa eficácia, até no aspecto estritamente médico, não é de se estranhar o pessimismo dos adoecidos de LER, nem injusto o tom acusatório de suas queixas, principalmente quanto aos médicos, independentemente de serem assalariados da empresa, do INSS ou autônomos credenciados por sua caixa beneficente. Se as críticas são suavizadas quanto aos últimos, cujos cuidados são ministrados em consultórios e serviços privados, respeitando o estatuto social a que estão acostumados, se fazem ácidas com respeito ao INSS, cuja clientela, acomodações e formas de atendimento são outras e onde se sentem potencialmente maltratados. Nesse sentido, os relatos são minuciosos e repetidos e não podem ser atribuídos a preconceitos e exigências descabidos de conforto ditadas por sua condição de bancários.

O comportamento técnico-burocrático dos peritos do INSS, inclinados a negar benefícios, torna-os indispostos a ouvir e perceber o sofrimento psíquico dos adoecidos de LER, incapacitados de fazer e trabalhar e desejosos, embora preocupados, em retornar à sua cotidianidade anterior, sofrendo com suas limitações, dificuldade de realocação e medo de desemprego.

A percepção individual dos adoecidos sobre as práticas de médicos e técnicos da empresa, do INSS e dos credenciados, por sua caixa beneficente, deixa entrever as políticas próprias e socialmente impróprias dessas instituições, e mais que isso,

as fragilidades do modelo médico-assistencial vigente, medicalizador, com terapias de duvidosa eficácia e intervenções cirúrgicas inclusive, às vezes desnecessárias e até desastradas. Não é de admirar que os adoecidos com LER recorram, com desusada freqüência, a tratamentos pouco convencionais, quando não francamente alternativos.

A negação da doença pelos médicos, ainda bastante forte, e da sua relação com o trabalho, ao mesmo tempo que servem para reforçar a discriminação e o preconceito por parte da empresa, do INSS e dos trabalhadores sujeitos e não adoecidos, fortalecem a crença e o discurso construídos sobre as LER, de que se trata de 'uma doença psicológica', subalterna ao modo de ser do adoecido e, portanto, de sua exclusiva culpa. O senso mais ou menos comum dentro da empresa é de que as LER são de pessoas psicologicamente fracas, fora da realidade, 'loucas'.

Alguns médicos, mais afoitos, falam de uma predisposição psíquica, biológica ou genética. Ora, a elaboração dessa crença e a construção desse discurso invalidante, aparentemente científico, que os trabalhadores não adoecidos acabam incorporando à sua maneira e alimentam suas práticas discriminatórias, têm como conseqüências mais imediatas a de responsabilizar o trabalhador pelo próprio adoecimento e enfraquecer a tese da determinação do trabalho com relação às LER. A teoria gestada não mais seria do 'ato inseguro', mas a de haver um tipo, caráter ou personalidade fraca ou insegura dos trabalhadores que adoecem, teoria tão ou mais perversa que a anterior.

A resistência do INSS, implícita nas práticas de técnicos seus da Perícia e do CRP, resulta dessas crenças e de discursos preconceituosos. Hegemônicas, correm no sentido da negação da doença, da causalidade do trabalho e de sua determinação social, descambando para acusações frontais de farsa ou fraude, cuja intenção seria a percepção de 'benefícios' previdenciários indevidos ou o simples desejo de não trabalhar.

São condutas que abalaram profundamente a confiança dos adoecidos nos que exercem a medicina. Embora façam distinção entre profissionais da empresa, profissionais do INSS e profissionais liberais ou autônomos, perceberam que as práticas são parecidas, em que a reticência, a mais presente, é interpretada como desconhecimento, incompetência ou má vontade. Apesar de realizadas em diferentes instituições, as políticas são semelhantes porque os pressupostos teóricos e ideológicos são os mesmos e pelo fato de que os médicos lidam mal com a relação trabalho-doença. Seria preciso outro nível de envolvimento que habitualmente não têm, e provavelmente a maioria não quer, em decorrência de sua origem, identidade social e envolvimento ideológico e político.

O processo de negação da doença e de invalidação do doente é um só, mas difuso, se externando em múltiplas e simultâneas pressões, de conteúdos parecidos, todos de dominação, exercidas por vários sujeitos. As mais próximas e verticais são

as das chefias imediatas, mas há, também, as pressões laterais dos colegas não adoecidos. As dos órgãos técnicos da empresa que cuidam da assistência médica – Caixa Beneficente dos funcionários do Banco do Estado de São Paulo (CABESP) – e do controle e realocação dos adoecidos (DSORT) são de outra natureza, premidos pela exigências muito óbvias de recuperar a produtividade dos adoecidos, evitar afastamentos prolongados e despesas. Há, também, como se viu, pressões externas e bastante explícitas da previdência social. E há, também, a dos familiares, menos reveladas nas falas dos adoecidos, que afloram nas próprias queixas e auto-recriminações por não poder cuidar das atividades de casa, dos seus e até de si mesmo.

Não se entenda esse processo de negação do adoecimento e de invalidação, porém, como uma conspiração. As LER, já se disse, são emblemáticas, expressão perversa, esdrúxula só na aparência, do conflito entre o capital e o trabalho, transposto para as relações sociais e para o campo das relações trabalho-saúde-doença.

A conclusão de que as LER, que aliás não ocorrem apenas nessa específica empresa e no setor bancário, têm essa dimensão social maior e se subordina à etapa atual do desenvolvimento capitalista, em que a aceleração da incorporação da automação e da informática cumprem um papel importante, pode levar à suposição errônea e paralisadora de que não há nada a fazer especificamente; ou se há, essas intervenções devem ter caráter pontual e técnico que tangem à engenharia, à ergonomia e à medicina do trabalho ou assistencial.

Historicamente, as intervenções técnicas têm sido de alta eficácia na prevenção e controle de diversas doenças infecto-contagiosas e epidêmicas, sem que, necessariamente, as bases materiais e as desigualdades sociais sobre as quais elas foram produzidas sejam alteradas. A febre amarela, a varíola, a peste e mais recentemente, a poliomielite, foram virtualmente erradicadas do País, graças às tecnologias em saúde. É provável que com a AIDS venha a ocorrer o mesmo. A gastroenterocolite, ainda responsável pela elevada morbi-mortalidade infantil no País, e a cólera, estão aí, na dependência da expansão e tratamento da rede de água e esgoto, ou seja, podem ser controlados por tecnologias conhecidas, de reconhecida eficácia que nada têm a ver, no caso, com tecnologias médicas.

A questão das LER, uma doença sem desfecho fatal, é bastante complexa, porque a causalidade interna do trabalho é menos precisa e sua determinação externa, mais abstrata. Melhorias ergonômicas e do ambiente físico do trabalho, do desenho e manejo dos equipamentos podem resultar em efeitos contraditórios, por exemplo, na aceleração do ritmo e da intensidade do trabalho. É preciso sempre lembrar que foi a incorporação acelerada da automação – que reduz globalmente, sem dúvida, o volume do trabalho manual, mas eleva individualmente sua intensidade – que fez

surgir as LER com a dimensão que têm hoje. Ou seja, melhorias dessa ordem aumentaram a produtividade, provocaram perdas maciças de emprego e queda do valor do trabalho. Essas são causas de adoecimento que não devem ser esquecidos. Sem desmerecer as intervenções de caráter técnico que devem ser cobradas e negociadas, a preocupação maior deve ser com outro tipo de medidas e ações mais abrangentes, algumas das quais dizem respeito aos trabalhadores como classe social, começando pelos acometidos de LER.

A elaboração de uma nova subjetividade passa, obrigatoriamente, pela tomada de consciência do problema LER, enquanto questão coletiva e social. As perdas e os novos limites impostos pela incapacidade parcial, definitiva ou não, precisam ser incorporadas como dados da realidade. Se a necessidade de trabalhar é concreta, nem por isso devem persistir sentimentos de culpa pela redução da capacidade de exercer as atividades iguais e com igual ritmo, exigências do fetichismo do trabalho, do seu conteúdo ideológico de moralidade e religiosidade. A perda dessa 'inocência' é imprescindível e se dá com o conhecimento e a reflexão.

Sem questionar a preocupação com o autoconhecimento que terapeutas oficiais – psiquiatras, psicanalistas, psicólogos etc. – podem propiciar, ou a eficácia das terapias ocupacionais ou do simples exercício da fé, a referência diz respeito a outro gênero de conhecimento que permite uma aproximação maior e coletiva com a realidade concreta, em que a intersubjetividade e o fazer político são fundamentais.

Parece que passos nesse sentido foram e estão sendo dados pelos adoecidos bancários de LER, como alguns depoimentos revelam. A permuta de experiências nas ante-salas de serviços de fisioterapia, consultórios e corredores do INSS, cada vez mais assídua, até pelo elevado e crescente número de ocorrências de LER, não se detém na narração quase compulsiva de suas histórias e pela necessidade incontida de se fazerem ouvir. Os depoimentos sob análise, as histórias em suas coincidências e repetições, tornam evidentes a precariedade das soluções individuais, mesmo se consideradas as mais simples, de caráter iminentemente reparador, asseguradas em lei, como são a assistência médica, previdenciária, trabalhista e para a readaptação no trabalho.

A constatação da fragilidade das saídas individuais, no entanto, não é suficiente por si mesmo, para gerar uma consciência e soluções coletivas. Isso demanda uma ruptura mais profunda e a existência concomitante de agentes catalisadores mobilizados pela afluência e dimensão da questão, tornada problema social e de saúde pública.

Os Encontros dos trabalhadores do Banespa adoecidos de LER, longamente amadurecidos, parecem indicar o momento exato da inflexão do que era até então e tão-somente uma doença individual cuidada por médicos e técnico-burocratas do Banco, para o de uma doença do trabalho e social, uma questão de natureza pública,

cujo encaminhamento e soluções demandam políticas e ações de outro tipo, graças à consciência crescente e à ação organizada dos próprios trabalhadores. Os depoimentos obtidos e aqui analisados atestam esse processo lento, difícil, mas em curso.

Esse movimento coletivo não vai apagar as cicatrizes deixadas pelas LER enquanto doença individual, nem restaurar a integridade da capacidade de trabalho parcial ou definitivamente perdida por muitos. Ao menos nesse último aspecto e na medida do possível, essa atribuição continua reservada à ciência médica e aos seus práticos. Mas a construção coletiva desse processo de intervenção tem, também, alguma eficácia terapêutica, fazendo-os enfrentar a adversidade sem o sentimento de impotência que transparece muitas vezes nos depoimentos.

São a consciência e as ações coletivas que vêm mudando a qualidade dos cuidados e rompendo com a omissão e resistências institucionais e instituídas. Não necessariamente irão ao encontro de demandas individuais, mas poderão apressar sua satisfação e, certamente, contribuir para a passagem da subjetividade fatalista, ainda fortemente presente, para outra subjetividade, de caráter assumidamente interativa, capaz de fortalecer práticas coletivas eficazes.

Até onde esses depoimentos permitem a afluência da realidade que pretendem descrever, ainda que fragmentariamente, e a análise construída sobre eles tem o cientismo que os valide e a si? Até onde se resguardam da crítica de que representam simples opiniões dos depoentes, como trabalhadores sujeitos, vozes sufocadas, despidas, por isso mesmo, de qualquer valor sobre o que narram e interpretam?

De antemão, em nenhum instante essa análise e os depoimentos que se seguem, decorrentes de um movimento social que continua, pretendem ser a realidade ou seu retrato. A realidade social é extraordinariamente dinâmica e mutável e não pode ser recuperada de maneira tão simples.[113]

Os testemunhos foram espontâneos e assumidos. Narram experiências humanas para que outros as conheçam e tirem delas o proveito possível. O valor que se lhes dê vai depender dos que tomarem conhecimento e refletirem sobre o descrito. São manifestações individuais, quase desabafos, olhares que se interpretados em seu conjunto ganham em significado.

Quando juízes togados ouvem as partes e testemunhas, analisam as provas dos autos – estas também descritas e transcritas – e sentenciam, louvam-se da palavra. As ditas 'provas materiais' são inexistentes ou, invariavelmente, poucas. Mesmo a reconstituição de um crime faz-se em narrativa que pretende reve-

[113] MINAYO (1992:19-88, 197-247; 1994).

lar as coerências e contradições anteriormente descritas pelas testemunhas, mas que não reproduz o acontecido. O passado é sempre passado e, no máximo, incorporado à lembrança ou à história.

O que faz um bom e respeitável magistrado é sua capacidade de arbitrar, de ajuizar sobre o plausível, usar o bom senso, mas sobretudo acuidade, para se aproximar da verdade. O que mais o habilita a fazer o que lhe é socialmente atribuído é essa capacidade de aproximação do acontecido ou do que está acontecendo, de discernir, de ver o não visível aos outros, que lhe permite construir uma representação socialmente válida. Do contrário não será um bom juiz.

Ao longo de sua carreira, o magistrado pode e deve construir um saber sobre os seus julgados. Se for sensato, saberá que em muitos errou. Será a reflexão criteriosa sobre acertos e erros que o fará mais experiente e capaz de aproximar-se mais da verdade, até porque a percepção e o significado do certo e do errado, do justo ou injusto, é um juízo de valor mutável com o 'andar' da sociedade, mutações, aliás, bem mais velozes que as biológicas.

O positivismo que se critica no direito moderno não está em seus métodos de averiguação, que podem ser tão indiciários quanto os da clínica, que busca construir o diagnóstico sobre eventuais sinais e, com maior freqüência, sobre sintomas narrados pelo adoecido ou um familiar seu, isto é, por um outro.

*A priori*, não se nega a validade do saber e da prática médica, como não se nega a do juiz. A perspicácia dos que trabalham com as ciências do direito e da medicina será tanto mais pacificamente reconhecida quanto maior a capacidade de discernir, de 'decifrar' ou 'ler' o que outros não conseguem.

A crítica ao direito, à medicina e a outras ciências contemporâneas, biológicas ou não, se faz contra a exigência dogmática da evidenciação linear e grandiloqüente da prova, do nexo causal, da relação causa-efeito, da materialidade absoluta, da necessidade positivista do 'descobrimento' de leis, pretendendo-as subjacentes a qualquer fenômeno, seja ele biológico, físico ou social. A crítica é contra o império da ciência com base exclusiva na materialidade dos fatos, como se a vida se resumisse aos seus aspectos aparentes e nada existisse antes, em torno e adiante.[114]

As ciências da matéria lograram, com êxito e freqüência, a reprodução de fenômenos sob estudo, graças ao conhecimento de leis materiais e biológicas que permitem ter sob controle suas determinantes mais próximas. Robert Koch, por exemplo, após identificar o bacilo da tuberculose, pôde reproduzi-la em cobaias, estabelecendo os postulados experimentais das ciências biológicas que têm suas ba-

---

[114] Chrètien (1994:103-124); Minayo (1992); Garcia (1983).

ses lá no passado, em Newton e Galilleu. Como diz Koyré (1991), na "revolução contra o empirismo estéril dos aristotélicos, revolução que se fundamenta na convicção profunda de que as matemáticas são mais do que um meio formal de ordenar os fatos, constituindo a própria chave da compreensão da natureza".

É extraordinária a dívida da humanidade perante aqueles cientistas, por conta do desenvolvimento da ciência moderna, e com esses outros, contemporâneos, pelos conhecimentos produzidos sobre as doenças infecto-contagiosas e parasitárias e seus agentes causais próximos.

Mas a tuberculose experimental de Koch não é igual à tuberculose humana, endemia e fenômeno social que vem atravessando séculos. Sabe-se hoje que a comprovação laboratorial da presença do bacilo da tuberculose no corpo não é sinônimo da existência da doença. No entanto, para existir a tuberculose é imprescindível a presença do bacilo, diretamente envolvido no seu aparecimento e curso. Em suma, em toda tuberculose há a presença e a multiplicação do bacilo, mas nem sempre sua presença provoca a doença. Se a primeira assertiva parece confirmar a relação de causa e efeito, a segunda a nega, expondo a relatividade do princípio de causalidade única e de uma dimensão não contida na relação dual entre bacilo e hospedeiro. O princípio da unicausalidade não dá conta dessa flagrante contradição, porque é impossível reduzir a realidade humana e social às paredes e bancas de um laboratório e controlar as dimensões de um fenômeno que só em seus aspectos mais visíveis pode ser estudado e controlado. No caso da tuberculose, não dá conta porque esta, como qualquer outra doença no homem, não se restringe às suas determinantes biológicas, sendo tanto como ele próprio um fenômeno biológico, psíquico, histórico e social, em que a dissociação se presta, quando muito, para entendê-lo melhor e melhor abordá-lo em cada um desses aspectos.

A microscopia permite a percepção morfológica de coisas e seres, tanto mais minuciosa quanto maior for o alcance do instrumento e meios utilizados, e a experiência de quem observa; mas essa percepção 'objetiva' – não por acaso a lente é assim chamada –, não deixa de ser uma percepção, uma representação da realidade, não a realidade em si. Como percepção é um olhar que pode ser mais ou menos competente, não deixa de ser um modo subjetivo de ver a matéria, viva ou não. Sem tirar o mérito dessa técnica e das ciências e sujeitos que dela se servem, indispensáveis à aproximação da realidade material ou biológica, não se pode reduzir o conhecimento a esses métodos, nem tampouco aos modelos matemáticos, igualmente úteis em muitas circunstâncias em ciências sociais.

Homem e doença, seja a tuberculose ou as LER, estão imersos na sociedade de cada tempo. Para compreendê-las, os conhecimentos da medicina, de outras ciências biológicas ou exatas são indispensáveis, mas insuficientes. É preciso recorrer a ou-

tros conhecimentos e ciências, como a filosofia, a história, a antropologia, a sociologia, a psicologia, a semiótica etc., cujos métodos e instrumentos de aproximação da verdade não são os mesmos dos laboratórios. Cada ciência permite conhecer fragmentos da realidade e inferir outros. Esse conhecimento, porém, se faz por aproximações e se constituem em representações, sempre fragmentárias, por isso mesmo temporais, aceitando-se, de saída, a impossibilidade de conhecer a realidade em sua totalidade.[115]

Depoimentos, independentemente dos seus autores, são também um modo de captar a realidade social, de aproximar-se dela. Envolvem, tanto quanto outros, a necessidade de julgamentos. Ora, julgar só por exceção é atribuição e exclusividade de togados. Todos, sem o sermos, arbitramos sobre nós mesmos e sobre os outros. Fazêmo-lo com nossos familiares, amigos, subalternos, superiores e estranhos, tanto como qualquer deles faz conosco, a aceitação desses juízos sendo tanto maior quanto mais próximo estiver da realidade dos outros, que não é apenas 'percebida' pelo olhar, mas 'sentida'.

A reconstituição dos fatos sociais será tanto mais fidedigna se quem a fizer, ao invés de observador ou testemunha, for o próprio sujeito que os vivenciam ou vivenciaram 'por dentro', fazendo parte dele. Porém, o fato social não carece apenas de uma reconstituição veraz, mas de interpretações que traduzam a realidade subjacente e pouco visível. Aí, a simples vivência é insuficiente, havendo necessidade de buscá-la com saber e, óbvio, com método.

Métodos e instrumentos são de incontestável importância, mas a possibilidade de captar a realidade, sempre fugidia, não reside tão-só neles, mas nas suas escolhas, que podem ser mais ou menos adequadas, sempre socialmente determinadas, somente em parte se devendo ao conhecimento, experiência e sensibilidade dos que imaginam haver, com absoluta isenção, decidido usá-los.[116]

No caso dos depoimentos dos adoecidos de LER, a consistência sobre os fatos e sentimentos que narram são muitas, vários coincidentes com o que largamente vem sendo descrito. O que se procurou e se crê ter descoberto foram indícios, pistas de fenômenos menos aparentes, conteúdos subjacentes às suas narrativas, que apesar da individualidade dos seus autores revelaram, quando analisadas em seu conjunto, a emergência de uma realidade e de um movimento social em construção, com base em aspectos comuns à sua condição de adoecidos pelo trabalho. O que possibilitou perceber essa construção não foi um olhar apenas curioso, fatual, estático, de quem observa o trem passar, mas de quem está dentro dele, passando.

[115] GONÇALVES (1986).

[116] THIOLLENT (1987:41-78); CHRÈTIEN (1994).

Quem está habituado ao exercício da clínica, a ouvir e inquirir pessoas, dar-lhes o devido crédito e ordenar a seqüência dos seus infortúnios de sorte, a elaborar hipóteses diagnósticas, sabe quão importantes são essas narrativas que convimos chamar, em medicina, de anamnese ou história da doença. É assim que se obtém, do doente, a representação da sua doença. É o saber do médico que permite comparar a representação revelada e ordenada com aquela outra prévia e teórica que ele próprio tem e que a prática e a "intuição baixa", nas palavras de Ginzburg (1990:143-179), enriqueceram, levando-o a suspeitar que as duas, a ordenada e a prévia, são uma mesma doença. O discernimento e a experiência sugerem perseguir indícios – os sintomas descritos e subjetivos mais que os sinais objetivos –, as coisas no corpo que revela e, ao mesmo tempo, às vezes, sem querer, esconde. É um processo indiciário, 'a curiosidade com sentido', matriz do conhecimento, desde que o homem se fez.

O saber, que é mais do que experiência, não é construído aritmeticamente pela junção das coisas aparentes e aparentemente reveladoras, mas da acuidade de descobrir o escondido, por meio dos indícios que traduzem a essência ou qualidade do que é, ou não, mera aparência. A análise de documentos – e esses depoimentos são documentos do cotidiano dos adoecidos de LER – requer esse tipo de saber e esse exercício indiciário, não necessariamente médico.

Mesmo no campo da história, é costume documentos produzidos por sujeitos subalternos serem postos em dúvida. A tradição, também aqui positivista, reza que documentos devem ter a chancela oficial e possuir escribas nomeados, consentidos ou referendados, entre os quais, só por exceção, se encontram as vítimas de qualquer tipo de opressão.[117]

A doença também tem os seus 'historiógrafos oficiais', em geral médicos que produzem as versões consentidas de suas origens, causas e andamento, como se ela fosse apenas natureza, isto é, pertencesse, exclusivamente, ao biológico do ser, ao meio ambiente e a outros elementos intermediadores mais próximos e materiais, ou seja, ao reino natural. É dentro desses limites das coisas que reside a eficácia, aliás, considerável, das intervenções tecnológicas no campo da medicina.

A referência não é tão-só ao pragmatismo da cirurgia e dos cirurgiões modernos, mas à medicina social assumida pelo Estado desde o século XVI.[118] Apesar de sua eficácia, formidável em muitos aspectos, a medicina não dá conta, ou o faz de forma insuficiente, no plano individual, das doenças coletivas dos tempos atuais, cuja determinação se dá pelas relações sociais resultantes do conflito entre o capital

---

117 Vieira, Peixoto & Khoury (1991:12-28).

118 Foucault (1981:79-98); Rosen (1979:143-169).

e o trabalho. E aí é que se coloca a necessidade de buscar outros caminhos para entendê-las, de um saber menos específico e com outros aportes, sem prescindir das leis da matéria e biológicas.

As várias ciências sociais costumam trabalhar com instrumentos e meios de investigação não experimentais, embora haja uma tendência moderna para se recorrer à medição dos fenômenos sociais por intermédio dos avançados métodos em estatística que o acesso aos programas para computadores vêm proporcionando. Todavia, não se trata dos meios, mas do próprio objeto de estudo, em que a experimentação e a matemática habitualmente se dão mal, em especial com referência aos sentimentos, às relações e à história do homem.

Seria impossível não validar essas falas dos adoecidos e não tentar compreender seu verdadeiro significado, falas que, ironicamente, são aceitas na privacidade dos consultórios, mas rejeitadas quando ganham as ruas. Tornar público o sofrimento incomoda, acirra as contradições e faz explícita a violência do trabalho e social que se quer manter oculta.

## A Fala

*... o real nunca é dado na sua aparência imediata, eis que essa corresponderá sempre apenas à captação subjetiva dele; o que equivale a desqualificar o dado imediato da consciência como significativo do real em sua essência. Segue-se que esse dado imediato de consciência precisará de algum modo ser transformado pela razão em dado mediado de conhecimento, será necessário romper a conexão entre o real e sua captação subjetiva e restabelecê-la objetivando-a em outro nível. E como essa necessidade decorre da concepção mesma do real, é possível definir essa ruptura como epistemológica. Tal ruptura, portanto, impõe a aquisição pelo sujeito do conhecimento, de posturas adequadas à finalidade de detectar a verdade do real: a isto corresponderá a exclusiva validação da informação empírica enquanto expressão significativa de uma hipótese teórica, que a definirá como 'dado' de observação científica. Não mais informação 'ingênua' em um campo de apreensões desarmadas, mas produto da ação intencional de um olhar propositadamente enviesado por uma hipótese de pesquisa.*

Gonçalves (1986)

Ao fazer a leitura "flutuante"[119] dos primeiros 102 depoimentos contidos nos questionários preenchidos pelos adoecidos, no decorrer do 1º Encontro dos Banespianos sobre LER, percebe-se haver mais coisas comuns entre eles do que o simples parti-

[119] Bardin (1977); Minayo (1992).

lhar do mesmo sofrimento. Subjacente às suas queixas individuais, haviam observações e críticas sobre as várias instituições e sujeitos, a partir de demandas criadas pelo adoecimento. Elas compunham um conjunto coerente e compartido de representações sobre a empresa, superiores hierárquicos, instituições prestadoras de serviços e de benefícios, médicos, a família, os amigos, colegas de trabalho e a preocupação onipresente de como sair dessa situação indesejável.

Assimilada essa primeira impressão da leitura, ensaiou-se a análise de 20 desses depoimentos, um a um. O que era impressão, tornou-se certeza, estimulando o passo seguinte, de identificar e classificar percepções e sentimentos expressos nos 102 depoimentos iniciais, elaborando-se uma síntese provisória. Uma tarefa difícil, facilitada pela escrita legível, pela escolaridade elevada, pela linguagem clara e pelos sentimentos e representações compartilhados, provavelmente porque seus autores tinham em comum o fato de pertencerem à mesma classe, categoria e situação no trabalho e também o de há muito tempo trabalharem na mesma empresa.

Nesse esboço de análise tentou-se apreender as representações construídas no processo de experiência-aprendizado, começando pelas dores e necessidades suscitadas e as relações criadas e recriadas por essa saturação de incômodos. Somente depois procedeu-se à leitura dos outros 244 depoimentos contidos nos questionários recebidos por mala-postal até a data prefixada, passando a confrontar a forma e o conteúdo dos dois conjuntos. Afora serem os últimos os mais longos e detalhados, provável resultado de um tempo maior de reflexão na ocasião de redigi-los, havia uma enorme identidade com os primeiros 102 depoimentos, permitindo a liberdade de agregá-los. Os conteúdos foram agrupados de acordo com a temática e transcritos os trechos que pareceram sintetizar seus significados, com o cuidado de reparar se, ao deslocá-los, preservavam o sentido original. A seguir, esses trechos foram ordenados, segundo o processo de experiência e aprendizagem no tempo, como se os adoecidos compusessem não a simples somatória de indivíduos, mas um corpo social coletivo em movimento, que sem deixar de ser o que era, passara a ser o que estava sendo.

Ao proceder assim, não se estará remontando a história natural das LER, nem da representação médica da doença do outro, mas tentando surpreender os momentos distintos da gestação desse movimento social e coletivo, a partir dos diferentes momentos vividos por seus protagonistas, expressos nos dados quantitativos já analisados, e nessas falas.

*{D.1}* Quando cheguei no posto onde trabalhava com o diagnóstico do médico, me transferiram para a agência. Em parte foi bom, em parte ruim. Parte boa: fui afastada do caixa; parte ruim: me senti discriminada, porque onde eu trabalhava, o posto (...), tinha serviço para ser feito na retaguarda. Fui trabalhar na recepção; bom porque não forçava as mãos.
(...) eu não admitia que tinha o problema, negava o tempo todo. Dizia para mim mesma que a dor no braço era porque tinha dormido com o corpo em cima da mão etc. Ficava dando desculpas para não ir até o médico. Só que chegou uma hora que foi insuportável agüentar a dor.
Na minha agência tem gente trabalhando com dor e que não tem coragem de ir ao médico.
Não me lembro agora o nome de todos os remédios que tomei. Não sei se tem a ver, mas tive muita queda de cabelo, acho que em função dos remédios, talvez, não sei, nervoso, estresse etc.
No momento estou melhor. Sem medicamentos a dor volta e vai. Se esfria é um horror (...)
Obs.: um dos problemas que enfrentamos é o pessoal da agência achar que estamos tentando enganar, estamos mentindo. Não tem nada de psicológico. É dor mesmo, no duro! Só quem sente, sabe.

*{D.18}* Sinto que o meu lado emocional ficou muito abalado com a doença. Sempre fui muito ativa, sinto vergonha de aparecer no Banco, preocupada com o que os meus colegas estão pensando de mim. O meu lado psicológico ficou bem abalado com essas questões. A terapia tem me ajudado, mas ainda tenho esses sintomas de culpa. Tenho muita vontade de sarar.

*{D.22}* A maior dificuldade é a perspectiva de vir a me tornar um inútil para realizações que causem grandes satisfações, como ser pai e dar aos filhos todas as condições de uma vida saudável, financeiramente, psicologicamente e principalmente ser um orgulho para os filhos, sem doenças como as LER, que por não aparentar sintomas é terrível psicologicamente.

*{D.106}* Não tive oportunidade de participar do Encontro sobre LER pois estava em recuperação da cirurgia feita para tentar resolver meu caso; mas fico contente em saber que poderei estar sempre informada do assunto através de vocês.
Nossa agência tem muitos casos e cada caso tem sua história e sintomas diferentes. No meu, depois de dois anos de constatada a doença, resolvi optar pela cirurgia, diferente de alguns outros colegas; por enquanto (faz hoje um mês) obtive sucesso. No começo, quando do primeiro afastamento, a maior dificuldade foi o apoio da administração, pois a doença era pouco conhecida. Cheguei até a ter muitos dos sintomas que constam na última página do questionário,[120] mas a psicoterapia me ajudou a ver de outra maneira e melhorei muito.

[120] Referência ao SRQ-20, de Harding et al., *screening* para a detecção de distúrbios psíquicos leves em populações.

Tento conversar com todos os colegas que têm LER e com aqueles que suspeitam de tê-la e sinto que quase todos pensam da mesma maneira e não se tratam, com medo das implicações do dia-a-dia, da dificuldade diante do INSS e de terem de mudar de função. Esses preconceitos fazem com que procurem ajuda somente quando a doença chegou a um estado insuportável de dor e, às vezes, os resultados são piores. Muitos não se interessam em saber da doença até que algum amigo mais próximo venha ter.
Acho que uma campanha muito forte no sentido de dar algumas dicas de prevenção a todos os funcionários, principalmente os que trabalham na área de digitação, caixa e movimentos repetitivos ajudaria a prevenir (...)

*{D.109}* Estou atualmente trabalhando, mas sinto ainda muitas dores nas costas, pescoço e braços, dormência e inchação. Passei dois meses bem e voltei a ter sintomas (...). Só tomo medicamento agora se as dores ficam insuportáveis. Tenho que voltar ao médico para fazer uma reavaliação do meu problema. Fiz cirurgia delicada, mas somente do lado esquerdo, mas estou sentindo que agora que voltei a trabalhar e executar todas as tarefas, piorei.

*{D.130}* Tenho sentido, ultimamente, cãibras na mão direita, principalmente repuxando o nervo mediano ao mexer na água fria, impossibilitando-me de lavar as louças, ou de pegar objetos pequenos e leves. Parei de fazer fisioterapia, pois afetava o nervo e me fazia sentir cada vez pior; cheguei a ponto de não conseguir folhear as páginas, conseqüentemente um 'desespero total' pois tenho filhos pequenos, hoje com seis anos de idade (gêmeos) (...)

*{D.134}* Atualmente sinto o braço muito adormecido, os dedos incham facilmente mesmo com o uso da luva. Dor muito forte no pescoço bem próximo ao ouvido. Quando ando, o balanço dos braços causa muita dor no cotovelo. Não estou conseguindo levantar nada que necessite ficar com os dedos abertos (ex. um pacote, mesmo que leve, mas que precise ficar com os dedos curvados).
Se tento mexer os dedos sinto como se estivessem levado choque, como um tremor. Tenho a impressão de que tudo isso não vai passar, mas procuro não lembrar e não vejo a hora de ter alta para voltar ao trabalho, pois mesmo sabendo que deixei passar muito tempo para iniciar o tratamento, foi por falta de informação. Acreditava que a dor tinha que ser muito forte e o meu braço só apresentava cansado e os dedos muito irritados; isso passou quase três anos até que comecei a não ter mais posição para dormir e agora quando dói muito, principalmente no frio, tenho que dormir quase sentada.(...)

*{D.136}* (...) Sei que o meu problema se agrava mais porque não tenho paz em casa, pois o meu marido, além de ser alcoólatra e viciado em drogas, não aceita fazer tratamento nenhum. Nosso casamento já acabou, mas mesmo fazendo terapia ainda não encontrei coragem para me separar.
Fiquei sabendo através de colega do Banco que quem está afastado não mais terá complementação de salário. Quero saber se existe alguma verdade sobre este assunto.

*{D.144}* Quando saí de licença há um ano, só sentia dores no punho e na mão. Depois de alguns meses comecei a sentir dores piores e em lugares diferentes como: antebraço, cotovelo, ombro, pescoço, costas. Foi quando em março de 1994 fiz a primeira ultra-sonografia do braço inteiro até o ombro e o resultado mostrou que tinha agravado mesmo. Em agosto de 1994 voltei a repetir a ultra-sonografia, dando o mesmo resultado sem apresentar melhoras com relação ao exame de março. Sinto muitas dores, acordo durante a noite com a mão toda adormecida, não posso ficar com os braços para cima, não posso deitar mais sobre o ombro direito. Quero muito voltar ao trabalho, mas tenho medo, porque fico pensando que tipo de serviço vou fazer se não puder mais voltar na minha função normal, fico pensando também com relação aos colegas pois sempre fui de colaborar com eles, e o pior de tudo é não poder mais datilografar, pois sempre foi esse meu serviço no Banco, mesmo quando não estava trabalhando como operadora de telex. Fiquei nessa função durante 11 anos (três anos na agência (...) e oito anos na (...). Sempre gostei muito de ser operadora de telex.

*{D.153}* Foram várias as vezes que me afastei por dores nas mãos, não sei ao certo o número de dias. Não sei ao certo quantos dias foram, pois os documentos ficaram com o Banco, porém sei que foram mais de seis meses. Foi-me concedido da primeira vez de afastamento 30% de auxílio; da segunda vez me concederam 40%, mas ainda não consegui receber e já faz mais de um ano. Por enquanto não tive oportunidade de ascensão em minha carreira e sinceramente acho muito difícil que esta oportunidade apareça. As atividades que consigo realizar sem dores, as faço com muita satisfação, afinal LER não é o fim do mundo para mim. Há muitas coisas que a gente pode fazer (sabendo) conhecendo os nossos próprios limites. Adoro trabalhar, principalmente lidar com público e era o que eu estava fazendo antes do último afastamento. Só sofro quando percebo que os meus limites se esgotaram, e então as dores começam.

*{D.155}* (...) ia ao médico e me era receitado antiinflamatórios e eu continuava trabalhando, isso há mais ou menos uns quatro anos. Neste período fiquei com o braço imobilizado pelo menos três vezes. O problema agravou-se quando fiquei grávida, o braço começou a doer muito, fiquei com o braço imobilizado por 15 dias e não pude tomar remédios (...) Depois que o bebê nasceu resolvi procurar um especialista de mão (...)

*{D.165}* Temo a não ascensão profissional (...) Apesar de a cirurgia que fiz ter trazido um certo percentual de melhora ela não leva a nada (...)

*{D.169}* Fora esses sintomas, tem inchaço, dor e dor; parece que o ombro está deslocado, tem dias que não consigo escrever ou, como hoje, começa a doer e às vezes tenho que parar pois perco a coordenação motora. Os objetos caem com facilidade. Não consigo levar nada nas mãos, pois tudo me parece muito pesado, não consigo levantar o braço. No frio piora. Estou sempre com frio, o braço fica gelado. Acho que tem que ser feito um trabalho de conscientização junto aos

demais funcionários, pois muitos ainda acham que é doença psicológica ou 'não dói tanto', ou têm medo de serem afastados do trabalho, não entendem que no começo da doença ainda pode haver cura.

*{D.171}* Eu estou me sentindo bem neste momento, o meu braço dói mas eu procuro me esquecer e continuar a minha vida, embora sei que muitos afazeres eu não possa fazer como passar roupa, lavar louça e passar panos e móveis e fazer algum esforço a mais, que sinto dor.
Sei que tenho que conviver com isso, não consigo escrever com clareza, pois sinto dor para escrever tanto à maquina como à caneta e tenho minha força da mão muito prejudicada, embora não ache que seja preciso me afastar do trabalho para fazer os tratamentos em períodos longos como já fiz em 90. Só com os antiinflamatórios e algumas vezes as fisioterapias acho que posso ficar trabalhando ok.

*{D.175}* (...) Não me sinto curada, mas bem melhor. Sinto que movimentos repetitivos realmente fazem voltar a dor. Tive uma filha há oito meses e percebi que ao cortar legumes, amassar papinha e até dar comida a ela, comecei a sentir dores novamente. São serviços de casa que nunca tive que fazer antes. Já no Banco não estou tendo este tipo de problema hoje.
Arrumei alguém para me ajudar em casa, mas é inevitável eu ter que carregar a criança, dar de mamar no peito ou até dar a comida a ela. Procuro fazer alguns exercícios em casa mesmo para aliviar a dor.
Meu peso aumentou muito depois da licença. Minha capacidade de concentração praticamente acabou. Minha memória está péssima. Sinto que a médica com a qual me trato não sabe o que fazer comigo.

*{D.185}* Faz mais de um ano que estou afastada. Ainda dói um pouco.
Obs.: Antes da doença a gente no trabalho era considerada importante, mas depois a gente sente uma certa discriminação dentre as pessoas. Inclusive eu, que trabalhei a vida inteira na compensação. É difícil a gente se acostumar em outro tipo de serviço. E no Banco a gente fica que nem peteca, cada dia em um serviço.

*{D.186}* Apesar de sentir sintomas característicos da LER, não procurei auxílio médico.(...)
Meu intento não logrou êxito: não pude tirar minhas férias, além do que me foi sugerido 'colaborar dobrando minha carga de trabalho, em pleno mês de dezembro!!!
Estou afastado há mais de um ano e meio(...). Não consigo escrever, atender telefone, lavar um carro, fazer um (?), cortar minha barba com aparelho elétrico, escovar meus dentes etc. (...)

*{D.190}* Fico triste com as LER pois tudo o que faço uso as mãos. Gosto de desenhar, de pintura; fazia tricô, crochê, e agora mesmo para escrever a mão cansa e se abuso fico com dor. Se faço algum serviço em casa, o que é difícil não fazer, o braço pesa e a mão fica meio boba. Mas tenho que conviver com isso e

aprender a depender dos familiares para as coisas, até mesmo abrir uma garrafa. É duro, pois quando a gente está melhor esquece e sem querer faz alguma coisa; então lá vem a dor (...)

*{D.194}* Após 16 anos digitando, trabalhando em horário noturno e em regime de produtividade e muitas vezes tendo que fazer horas extras, contraí LER (nem podia ser diferente). É aí que se percebe quanto é bom um trabalhador com saúde. (...)
Ao voltar a trabalhar (reassunção) encontrei várias dificuldades, sendo obrigada a mudar de função e de horário, o que acarretou a perda do adicional noturno, com o que não concordo (...)
Com relação ao futuro dos acometidos por LER, perante o Banco, administradores, e até mesmo muitos companheiros, somos inúteis ou mentirosos (...)

*{D.202}* Após o período de afastamento voltei para a mesma agência para desempenhar as mesmas funções. Fiquei profundamente angustiado, irritado, deprimido, com crise de choro por qualquer motivo; tenho trabalhando com minha psicoterapeuta essas desilusões, frustrações. (...)
Sou formado pela UNICAMP (...)
É muito triste ver o tempo passar e você sentir que nada mudou, os guichês continuam altos; como as máquinas, as cadeiras são ruins, se trabalha de pé doem as costas; se trabalha sentado força-se o ombro e doem o braço, antebraço, punhos e mão; a sensação de que se você morrer, colocam outro em seu lugar e bola pra frente. Nós somos um número de matrícula desprovido de sentimento, buscando números para que o BANESPA continue a sobreviver. É uma pena que os diretores não vejam que embaixo deles existe uma grande maioria de funcionários insatisfeitos, que não rendem metade do que poderiam por estarem totalmente insatisfeitos com as condições de trabalho oferecidas. Ainda bem que o Plano Real 'espantou' a clientela do Banco, pois se as filas voltarem, daqui a pouco não haverá mais caixas para atendê-la (...)

*{D.203}* Acho que a pessoa que tem LER é um pouco rejeitada; acham que isso não passa de um pouco de frescura, ninguém entende o mal-estar que isso causa ao nosso organismo. Principalmente uma pessoa como eu que nunca tive problema algum, sempre trabalhei bastante, sempre dei de mim no Banco como em casa. Trabalhei muitas e muitas vezes fora do horário. Quando de repente no final de uma carreira a gente cai num problema de saúde desses, sem poder fazer com que os membros superiores obedeçam tudo o que estava acostumada a fazer com muito amor. Depois a gente torna-se uma inútil tanto no trabalho como em casa: não posso fazer isso nem aquilo pois os membros não obedecem mais, e o cansaço chega de repente. Aí as pessoas te olham como se não quisessem nada da vida.
Desculpe, mas é isso que sinto.

*{D.204}* Quando comecei a sentir os primeiros sintomas, havia um supervisor na agência que fazia ameaças toda vez que alguém reclamava que sentia dores em alguma parte do braço. Isto fez com que os casos de LER se agravassem; até aí

não era uma coisa muito falada até o surgimento do primeiro caso de afastamento. No meu caso, quando comecei a sentir dores procurei um ortopedista que não soube diagnosticar. As dores vinham e iam, como se fosse apenas um 'excesso de serviço'. Até quando eu comecei a piorar: já não conseguia segurar a caneta para escrever, não tinha força nem para segurar um prato, aí fui no dr. [?] que me repetiu os exames (raios X, ultra-som, eletroneuromiografia) e nenhum deles acusou a lesão (...). Fui para cirurgia e mais uma surpresa: tive de retirar a ponta do osso que estava esfarelada e também havia um furo no complexo triangular. Depois de toda a confusão, acabei voltando ao trabalho com uma perda parcial do movimento de prono-supinação, o que me incomoda em muitas atividades. Tentei executar um serviço no setor de 'auto-atendimento', mas não obtive apoio por parte da gerência. Para os colegas eu estava fazendo 'corpo mole'. Então desisti dessa atividade e pedi para trabalhar no setor do antigo CESER[121] (processamento, fechamento, retaguarda, não sei bem como chama). Eu somo a compensação e os títulos, é puxado, sinto dores em dias mais agitados, mas estou me sentindo bem, me sentindo útil, novamente dentro do meu local de trabalho. O funcionário portador de LER é malvisto no local de trabalho, nenhum setor quer aproveitá-lo dentro de suas limitações. (...)

*{D.206}* Passei por momentos muito difíceis com as LER. Além das dores tive depressão, desânimo de saber que não podia ser caixa, uma função que eu adorava e trabalhava com muito prazer e muito mais que meu horário de seis horas, sem descanso até para ir ao banheiro, mas fazia com satisfação; não quis ficar muito tempo de licença, pedi para que me liberassem logo, fiquei só dois meses; tentei trabalhar duas horas por dia no caixa mais não agüentei muito tempo, o médico me deu um atestado dizendo que eu não tinha condições para datilografar, somar, digitar. Aos poucos fui aceitando a situação com a ajuda de uma psicóloga, dra. ..., de terapia de vidas passadas; consegui, finalmente, aceitar a minha situação. Adoro lidar com o público, sei que sou simpática e com muita paciência, mas muitas vezes pensei em desistir do Banco por me sentir inútil, não realizada, por não fazer nada, a não ser dar informações; tive períodos muito difíceis, não tinha vontade nem de levantar da cama, nem de ir para o trabalho; olhava no relógio toda hora para ir embora, mas insisti em não entrar de licença. Hoje sei dos meus limites, em casa não posso lavar roupa, ou seja, esfregar roupa, passar, fazer faxina, coisas que força o braço; no Banco só me puseram uma vez no setor de poupança numa época que abria muitas poupanças, dezembro, e tive muitas dores, as dores no braço, ombro e muita dor no peito, voltei novamente para informações. Hoje tenho tratamento constante com massagens (toda semana), passes porque sou espírita, e ainda estou na terapia; aceitei a minha posição e parei de querer enxergar o futuro incerto (...). As dores voltam só quando eu tenho que me esforçar em casa com o serviço doméstico. Não posso dizer que estou feliz, mas bem melhor do que tudo aquilo que passei nos dois meses que fiquei de licença.(...)

---

[121] Centralizadora de Serviços de Retaguarda.

{D.207} (...) hoje estou conseguindo escrever, talvez amanhã não consiga ou faça com maior dificuldade. O mesmo acontece com as dores ou com a 'força' nas mãos e braços. Apesar de não ter realizado outros tipos de exames acredito que em muitos casos como o meu, o diagnóstico não seja tão preciso.
Não temos acompanhamento ou orientação alguma por parte do DSO[122] ou mesmo do Banco. Estamos sozinhos mesmo quando trabalhamos 16 anos para a empresa e a ajudou e muito a ser o que é. Foram muitas horas extras, muitos dias até sem o intervalo de lanche ou mesmo almoço; e agora somos tratados como se fossemos o pior do funcionalismo.
Ainda tenho capacidade para o trabalho e me sinto revoltada quando tentam me fazer pensar que não. Quero voltar a trabalhar sim e com certeza me aposentar por tempo de serviço e não como uma inválida. Posso não poder usar minhas mãos e braços como fazia anteriormente, mas ainda estou viva e tenho muito o que realizar.

{D.208} (...) depois que tive a confirmação de ter LER, no mesmo instante senti como se minha vida virasse de cabeça para baixo. De pessoa equilibrada, feliz e ativa passei para alguém que só consegue chorar e se sentir só, não encontrar sentido na vida, ser completamente inútil, pois nem meu filho posso carregar mais. É desesperador, é doido. Até mesmo meu casamento sofreu um grande abalo, pois sinto que meu marido se preocupa comigo o tempo todo e é como se eu estivesse inválida e acho que ele me sente assim. Não sinto prazer na vida. Só sei dizer que esta é a pior fase de minha vida e tenho medo de não sair daqui. Estou fazendo psicoterapia e começo a ver uma luzinha no fim do túnel. Sinto muita saudade do Banco, dos amigos, do convívio, da carreira, enfim, sinto saudade de ser útil para alguma coisa.

{D.209} Sinto muitas saudades do pessoal da agência, pois poucos me procuram. Sinto muita insegurança quanto ao meu futuro profissional e dificuldades de me adaptar aos serviços domésticos que antes faziam parte da minha vida como rotina e que hoje tenho dificuldades de executar. (...)

{D.210} (...) Após as LER muita coisa, ou quase tudo, mudou, começando pela caligrafia, pois hoje não consigo manter a letra uniforme. Há dois períodos distintos: antes e depois das LER. É como se o tempo parasse, pois no dia de hoje eu continuo sendo 'eu era', 'eu era datilógrafa', 'eu era digitadora', 'eu jogava vôlei', 'eu fazia natação', 'eu tocava teclado', 'eu fazia os serviços de casa' etc. Tudo no passado. A ação dos medicamentos antidepressivos acabaram com a memória, não consigo guardar sequer o número de um telefone. Troquei o cérebro por uma agenda. Não dirijo mais, pois a dor no braço compromete. A tensão, a angústia do nada poder fazer, trouxeram as longas noites de insônia; com ela, os tranqüilizantes, e com eles, a ausência da memória. As fisioterapias tomaram lugar do lazer: nada mais de academias, saunas e bate-bola no final de semana. Com a perda dos reflexos, vários comprometimentos; instabilidade, irritação, desejo de ficar só, isolamento, medos absurdos, pensamentos estra-

[122] Divisão de Saúde Ocupacional.

nhos. Perde-se o direito a uma vida normal quando se sente que no próprio convívio dos colegas a doença chega primeiro. Para o Banco somos ineficientes para o trabalho diário, mas para nós mesmos, na nossa vida particular tudo faz parte do 'eu era'. Cirurgias, anestesias, mais medicamentos, para quando se pensa que tudo pode mudar, somos discriminados por 'limitações'. Eu necessito de um tratamento a longo prazo, para isso solicitei transferência para São Paulo, local de maior recurso; fui transferida para o PAB[123] (...) e depois de estar aqui instalada, no dia de assumir a vaga ouvi que não poderia trabalhar no PAB, local de muito serviço, por causa de minhas 'limitações' causadas pelas LER. Fui encaminhada ao DSO para avaliação e aguardar nova locação. Após 30 dias de angustiosa espera, uma 'cartinha' comunicava que não havia vaga para mim, portadora de LER que sou e com 'limitações'. "Você deve retornar a sua agência de origem". "Sabe como é, quando se tem 'limitações' fica difícil novas vagas"! Ninguém sequer perguntou quanto gastei para me acomodar, nem se a prioridade da minha transferência, que era o tratamento dos braços, ia ser prejudicado. Eu apenas deveria retornar. Achei então por bem usar minha licença-prêmio para cobrir mais um período e procurar recurso. Preciso do tratamento, e quero trabalhar enquanto isso ocorre. Não posso mais ficar freqüentando hospitais e médicos. No desespero, escrevi uma carta de próprio punho ao presidente do Banespa, sr...., pedindo socorro, solicitando, implorando mesmo, uma ajuda para permanecer aqui. Não gosto do serviço de agência, ultimamente o contato com o público me faz mal. Não consigo trabalhar com a rapidez que é preciso. Gosto de trabalhar longe das pessoas que cobram uma presteza que não tenho mais. Me coloquei à disposição para arquivo, biblioteca, qualquer coisa. Mas não obtive nenhum resultado. Aqui está pois um relato de quase tudo, pois é difícil escrever e manter a caligrafia legível. Preciso, necessito do tratamento e para isso estou disposta a ir até as últimas conseqüências. Até mesmo abandonar tudo.

*{D.231}* (...) No meu caso em especial me sinto um pouco frustrado, pois executava serviços técnicos de alto nível, participava de grupos de trabalho e muitas outras coisas boas. Hoje, separo alguns relatórios e confiro algumas coisas via terminal. Isto tudo mostra que as LER trouxeram uma queda na minha qualidade de serviços. (...)

*{D.251}* Tenho pavor de perder o emprego e não conseguir outro por causa das LER. Meu marido tem síndrome do túnel do carpo e também é banespiano. A incerteza de um futuro sadio me apavora também. Tenho medo de não poder cuidar de um filho quando desejarmos tê-lo. Às vezes só de datilografar uma ficha contábil ou tirar uma listagem para conferir os talões de cheque, as mãos e os braços já doem. Ultimamente é comum eu sentir dor de cabeça e o pescoço duro. Atualmente sou muito insegura e tenho verdadeiras crises de choro. Tem dias que preciso me controlar, mesmo no Banco, para não chorar. Depois das LER tenho me sentido

[123] Posto de Atendimento Bancário.

muito mais nervosa. Fico vermelha à-toa. Por mais que eu tente ser otimista e ter esperança de um dia a medicina descobrir a cura, o medo acaba vencendo. Tem dia que só tenho vontade de dormir e outros que não consigo cochilar.
Eu só tenho 27 anos, já imaginou quando eu tiver 40, 50?

*{D.263}* Sendo eu uma pessoa de família numerosa, isto é, 14 irmãos e mãe de seis filhos, que sempre realizava reuniões festivas, nas quais era eu a mais agitadora (na decoração, nos preparativos); minha família toda canta e toca; hoje eu fico em casa me remoendo, enquanto todos festejam, negando inclusive aos meus filhos este prazer. Sempre gostei de escrever poemas e versos, só que já não é mais possível pois a escrita causa-me fortes dores, ocasionando a fuga de minhas inspirações; tornei-me uma pessoa 'chata', negativista e até insuportável, pois só enxergo o lado negro da vida; também, se o dia tiver 25 horas eu sinto dor durante todo o período e mais umas horas, sonho que estou com dor (quando durmo) e acordo com a mesma dor. Não compareci ao Encontro porque justamente no dia, minha pressão, que sempre foi baixa, resolveu subir para 19/13, tão grande foi a expectativa de juntar-me aos companheiros.

*{D.264}* Voltei ao trabalho há quatro meses (...) depois de ficar quatro meses de licença em tratamento. Estou afastada do caixa (gostava dessa função), agora ajudo o rapaz da seção c/c; me sinto estranha porque sempre tive uma seção para tocar, além do caixa, e agora somente auxilio alguém, embora digite bem pouco (somente algumas contas para abrir ou alguma operação no terminal de vídeo). Tenho muita dor, cansaço, queimação no pulso e muita dor e sensação de peso no ombro. Também para escrever, como agora, tenho muita dor nos dedos, principalmente o polegar e o indicador, e também no pulso, além do ombro. Tenho medo de não ficar recuperada e continuar a ter sempre dor, tenho medo quando acabar (agora em setembro) o período de acompanhamento pelo DSO.
Às vezes penso que realmente tenho que fazer psicoterapia e aprender a lidar com muitas tensões, medos e incertezas (...)

*{D.265}* (...) não sou o mesmo. Sinto-me muito deprimido e com muita insegurança, tenho medo em relação ao meu futuro dentro do Banco. Nossa economia não é estável e isso ajuda muito para que eu fique mais inseguro. Sempre desempenhei um trabalho contínuo dentro do Banco, somando e separando documentos, com uma produção acima do normal em relação aos meus colegas; mas, sem desmerecê-los, isso era uma aptidão natural. Hoje desempenho uma função medíocre dentro do Banco e me sinto muito deprimido, com uma sensação que eu estou sendo vigiado pelo meu superior, pode ser até impressão de minha parte mas é assim que eu estou me sentindo... um estranho no ninho depois de tantos anos de trabalho nesta empresa à qual que sempre me dediquei. Não sei se vai dar para ler este manuscrito.

*{D.266}* Após diagnosticada as LER, passei a não fazer nada, nem as tarefas diárias. Escovar cabelos e dentes é um sacrifício. Dirigir um carro é dificultoso. A cada tarefa pequena é necessário muitos minutos, às vezes horas, para que a dor

passe; se insisto no que estou fazendo, logo incha. Há um mês estava sem dor e sem inchaços, mas isto depois de muito tempo sem fazer nada; foi pedido pelo médico que eu começasse a realizar tarefas como escrever, datilografar. Resultado: dores fortes e inchaço.
Se nada acontecesse seria encaminhada para CRP;[124] agora não sei o que vão fazer comigo, se me encaminham para CRP ou se continuo da maneira que estou, sem fazer nada. Comecei a sentir pequenas dores que logo passavam; com o tempo e o acúmulo de serviço as dores apareciam com minutos de trabalho no caixa; com a saída de um dos caixas com LER, o serviço se intensificou, as horas aumentaram, as filas também e a pressão da chefia também. Com a extinção dos CESER, o número de toques no caixa, no nosso posto de serviço (Fórum) aumentou e com isso a dor também, até que ela se tornou insuportável; resultado: licença.

*{D.268}* Eu não tenho me sentido triste ultimamente; às vezes, sinto é não poder fazer certas coisas que eu fazia antes das LER, como, por exemplo, escrever, lavar o carro, tocar um violão, pintar, dar umas palmadas nas crianças. Quando tento ajudar alguém com certo tipo de serviço que antes podia ajudar e que hoje não posso, me sinto meio inútil. Como exemplo: na montagem de um dormitório, no carregamento de material (tijolo, argila, pedra).

*{D.269}* Sinto-me discriminada na minha agência e não só por alguns colegas de trabalho, pois por essa doença não transparecer diretamente na minha fisionomia (não estou pálida, mancando, magra, ou seja com cara de quem está doente), as pessoas me tratam como se eu estivesse fingindo, como se eu estivesse de licença porque não estou afim de trabalho. Porque esse tipo de pessoa não sabe o desconforto dessa doença, a dor constante e a depressão que vem com ela.

*{D.275}* Foi emitida mais de uma CAT[125] porque a doença retornou. Na primeira vez em que isso aconteceu recusei-me a ser afastada apesar da orientação médica, devido à insegurança e mal-estar no ambiente de trabalho reinante após o diagnóstico médico. Tive muitas dificuldades na reabilitação pois 'não havia' um lugar onde pudesse trabalhar e assim, por muitos meses, fiquei como uma bolinha de ping-pong, de um setor para outro. Continuei o tratamento por meses a fio até obter certa melhora, que coincidiu com o período em que fiquei em determinado setor, onde realmente me senti bem e readaptada. Então, fui novamente transferida e, desta vez, para um posto de atendimento sem qualquer tipo de infra-estrutura e terrivelmente movimentado, com poucos funcionários (posto do...), com enorme sobrecarga de serviço. Então o quadro clínico, físico e emocional reverteu novamente e tive de voltar aos remédios e às sessões de fisioterapia. Dessa vez por oito meses consecutivos até o afastamento, que se deu em (...). Ainda me encontro afastada e em tratamento.

[124] Centro de Reabilitação Profissional do INSS.

[125] Comunicação de Acidente de Trabalho.

{D.294} Depois de bancária sou dona de casa. Trabalho para ajudar no orçamento da casa pois meu esposo é funcionário público municipal com renda de R$153,00, com dois filhos. Tenho todas limitações para executar tarefas do lar e profissional. Como posso possuir empregada, faxineira, com a responsabilidade da casa que tenho? Como já ouvi de departamento do Banco que era a solução, aí eu pergunto: como é a melhor solução para meu caso, funcionária que produziu 21 anos e agora simplesmente uma pessoa conhecida dentro da empresa? É justo? É justo? É justo?

{D.298} (...) Minhas atividades domésticas realizadas diariamente me causam dores (sou mãe, tenho dois filhos menores, sou separada); isto me assusta, pois quando eu retornar ao Banco terei que acumular novamente duas funções (profissional e dona de casa), me sobrecarregando. Sinto-me culpada pela doença; também me causa medo ao retornar ao Banco, ficar dizendo 'não, eu não posso', apesar de saber que esta doença é involuntária a mim mesma. Tenho ciência de minha limitação física imposta pela doença, mas não tenho trauma ou revolta por isso, procuro adaptar-me. Em minhas atividades domésticas, para não usar e abusar dos meus membros superiores, deveria ter empregada doméstica (financeiramente não tenho condições) ou tudo automatizado.

{D.307} Eu não quis me identificar porque não confio que não haverá nenhum prejuízo para nós funcionários portadores de LER. Depois também não acredito que será feito algo a nosso favor porque nem mesmo no meu próprio setor há empatia, nenhuma preocupação.
O DSO já fez uma pesquisa assim anteriormente e agora, o que está sendo feito por eles em nosso favor? Eu só respondi o questionário por diversão, embora está difícil até para isso. É difícil escrever tanto! Num futuro muito próximo irá cumprir-se o que a *Bíblia* diz em Isaías 33:24.[126] E é nisso que eu realmente acredito.

{D.308} (...) Quando trabalhava, era apaixonada pelo que fazia. Não media esforços para chegar bem mais cedo ao trabalho, para ajudar meus colegas, os quais eu tinha como uma família, bem como nunca tive pressa para parar logo com o trabalho e ir logo embora para casa; só o fazia, sempre, além do meu horário, sem me preocupar se o Banco ficaria ou não devendo-me pagamento pelas horas a mais que trabalhava, além das horas extras que fazia e ganhava.
Hoje eu vejo que não é nada disso quando eu ouço colegas nossos dizendo que o que temos é doença de cabeça, 'frescura, que não queremos trabalhar' (...) teríamos que ter por lei apoio psicológico por parte da empresa; temos, ao contrário, 'guerra psicológica' (...)

{D.313} Como funcionária do Banespa há 24 anos, sempre no interior do estado, sempre senti pressão dos administradores para com os escriturários e caixas. Sempre trabalhando fora do horário, de duas ou mais horas fora do horário, trabalhando rápido, sob forte tensão. Acho que isso ajudou em muito para eu ter

[126] Isaías: (33:24): "Porque o Senhor é nosso juiz; o Senhor é nosso rei; Ele nos salvará".

LER. E pelos outros casos que eu estou conhecendo, vejo que o funcionário está com os mesmos problemas que eu tive. E eles têm medo de assumir a doença e ser prejudicado por isso. (...)

*{318}* Os 60 dias em que passei em casa foram vividos da seguinte forma: 30 dias correndo atrás de papéis, que o INSS dizia não ser deles e a agência dizendo não ser dela. Meu supervisor, no meu último dia de trabalho, chamou-me em particular e disse: 'essa doença não existe' (...), mesmo eu lhe mostrando o comprovante do médico e já estando com a tala na mão. Saí da minha agência chorando e humilhada. Nesse dia nem quis voltar para casa; fiquei chorando numa estrada sem acreditar no que tinha ouvido e no que estava acontecendo comigo. (...) Na agência pareciam que tinham ódio de mim ou estivessem com medo de serem contagiados.
Minha vida mudou completamente; às vezes, acho que meu casamento também acabou. Acho que a LER conseguiu acabar com tudo. O preconceito contra a doença é o que mais dói na gente. Eu fui discriminada pelo supervisor (...) e o gerente da agência nem tentou tomar conhecimento do fato que me acontecia. (...)

*{D.320}* Continuo em tratamento médico, mas temo ter esgotado todos os recursos. Tenho dificuldades em avaliar minhas melhoras devido à impossibilidade de combiná-las com esforços. Não consigo manter uma rotina de atividades domésticas. Canso-me facilmente. Sem falar que as dores voltam se continuar insistindo. Outra questão é que, ao mesmo tempo que experimento melhoras em alguns sentidos, aparecem outros sintomas. Por exemplo: com o tempo, as dores que eram intensas e contínuas, tornaram-se mais suportáveis e espaçadas. A fraqueza intensa que sentia nos braços é agora menor. No entanto, os problemas relacionados com a coluna têm aumentado. Em vista disso sinto-me desanimada e tenho medo do futuro. Tenho grande necessidade de respostas, mas não sei se há alguém que as tenha. Penso que este sentimento é compartilhado por muitos portadores de LER e que só por estes pode ser entendido plenamente.

*{D.321}* Eu ainda não voltei a trabalhar mas sinto muito medo de voltar e piorar (sentir aquelas dores fortes novamente). Eu quero muito voltar a trabalhar, mas também quero que respeitem o nosso problema. Tem pessoas que não acreditam e aí a gente se sente pior do que antes. (...)

*{D.343}* (...) Obs.: antes de acontecer a paralisação da minha mão eu já sentia dores fortes e contínuas há uns seis meses. Reclamei com a chefia e não fui compreendida. Sofri muito neste período e tive várias crises de choro no banco.
Atualmente estou afastada desde 28/01/93. Apesar do tratamento que faço todas as semanas com o acupunturista (neuropsiquiatra), fisioterapeuta e RPG, sinto fortes dores no pescoço, coluna cervical, ombros, cotovelos, braços, punhos e dedos. Acho que meu tendão encurtou.

*{D.8}* Hoje sinto dores nas costas, mãos, braços, pulsos e antebraços. Procurei o fisioterapeuta que me atendeu na época da licença e ele disse que o fato de eu estar grávida de cinco meses estaria colaborando para eu ter uma recaída em termos do quadro (LER). Tenho medo de sair de licença novamente, pois a experiência anterior do afastamento trouxe-me aborrecimentos e discriminação. Agora, na atual condição de gestante, temo por carga dupla de aborrecimentos.
Sinto-me produtiva, responsável e capaz de exercer qualquer outra função. Quando fui reintegrada na agência, saí do caixa e fui para a retaguarda do caixa. Executava arquivos de talonário e cartão personalizado e 24 horas, bem como o arquivo, em ordem de carta, de requisições de cheques. Também era uma função repetitiva e imprópria. Saí de lá, pois o chefe dizia que o serviço realizado por mim era perfeitamente descartável e sem importância alguma. Colocou-me à disposição para a agência onde fiquei três dias para saber onde trabalharia (qual setor). Denunciei ao DSO essas e outras coisas e nada aconteceu. Tenho esperança, ainda, de que essa realidade mude.
No INSS os médicos peritos humilham os lesionados e dão sermão atrás de sermão. (É muito chato!)
Uma supervisora da agência (...), ao me ver saindo de licença por LER, disse: 'LER não é caso para DSO e sim para AUDIT'.[127]

*{D.10}* O medo de fazer parte de um grupo de discriminados que além de sofrer de muitas dores é obrigado a escutar das pessoas que está 'enrolando', 'gostando de ficar à-toa', 'funcionário público é assim mesmo, só vem ao Banco pra pegar o *holerith* e o vale-refeição'. (...)

*{D.16}* Apesar de somente agora estar começando o tratamento, é muito preocupante a situação de um portador das LER hoje na empresa. Não pedi afastamento para não me sentir inválida, para estar presente ao dia-a-dia da empresa para ser produtiva, mas não sei até que momento esta situação permanecerá pois há discriminação, falta de respeito e de coleguismo na unidade de trabalho. O caso é visto como 'frescura de mulher'. A dor, com certeza, está aumentando e tomando o braço no total e não há regime de serviços a serem executados. Não portei LER por questões emocionais (como tantos dizem com sarcasmo), mas a pressão 'agora' é outra e daí sim o surgimento, o afloramento de problemas psíquicos pode surgir. Tantos anos de grande dedicação não podem acabar assim!

*{D.17}* Logo no começo do tratamento de LER, quando fui afastada, tive que fazer diversos exames médicos para o clínico geral pois me sentia tremendamente estressada. Além dos problemas de saúde, das dores crônicas, as pressões no ambiente de trabalho estavam me levando ao desespero. Os supervisores e cole-

[127] Órgão de auditoria.

gas dizem que isso (LER) não é físico, é psicológico e que é fingimento, não importa quantos raios X sejam mostrados, ou quantos laudos médicos sejam feitos endereçados à chefia. Além do que, como adulta e independente, ter que depender sempre do auxílio das mãos de outras pessoas, mesmo familiares, é muito difícil e desgastante.

*{D.19}* O grande problema que se enfrenta quando se tem uma doença como LER é a falta de compreensão das pessoas ou da maneira delas (...) acharem que é frescura, invenção ou desculpa para não trabalhar de nossa parte (...) várias vezes as pessoas perguntando para mim nome do médico para elas pegarem licença. Outros chamarem-me de louca, que é uma doença 'psicológica', e é grande o problema que se enfrenta também no INSS com o pouco caso dos médicos. (...)

*{D.20}* Após a doença quase não consigo escrever, sinto-me muito tensa, alguns dias muito agitada, tenho vontade de trabalhar e não tenho coragem de fazer nada. Sinto-me rejeitada por alguns dos colegas de trabalho.

*{D.59}* (...) Medo de voltar a trabalhar e sentir dores e ser discriminada (como já escutei o gerente falar, em reunião, que isso é doença de vagabundo). (...)

*{D.105}* Sinto-me discriminada pelos colegas da agência, principalmente pela gerência, que fez até reunião geral logo após o meu afastamento alertando que 'esta doença não existe', que é coisa da cabeça. Nas poucas vezes que lá compareço poucos colegas me cumprimentam e o gerente da agência nem me olha; sequer perguntaram até hoje se estou melhor. Numa das reuniões para a qual fui convidada a comparecer por causa da mudança da lei de aposentadoria, foi dito que os funcionários que foram afastados 'não estão fazendo falta', o que me magoou muito, pois sempre me esforcei ao máximo no desempenho de minhas funções, sendo que nos últimos tempos em atividade eu estava trabalhando 10 ou até 12 horas por dia.

*{D.148}* A maior barreira a ser enfrentada, sem dúvida, é a desinformação e ignorância de vários colegas de trabalho sobre a LER, principalmente dos administradores. Te olham com um olhar de desconfiança e falam em tom sarcástico, como nada tivéssemos e que tudo aquilo fosse uma encenação. Já os colegas de mesma função se solidarizam com o problema e percebem que (...) é um problema que eles também estariam sujeitos.

*{D.242}* A pessoa portadora de LER é discriminada como se fosse um aidético ou leproso. As pessoas te olham e dizem: você também está 'lerda'?, 'Como você, como supervisora, tem isso?', 'Olha, você sabia que o Banco está demitindo quem está afastado ou é portador de LER?'. Estes comentários infelizes são feitos pelos colegas e superiores hierárquicos. Me sinto muito triste quando tenho que ir ao meu local de trabalho, pelos olhares e comentários infelizes.

{D.274} Acho necessário uma maior informação para os administradores que agem como se o problema fosse uma falta de disposição do funcionário para o trabalho e não uma doença com todo problema físico e emocional que ela traz. Também, uma orientação para que o funcionário não seja tratado como se tivesse uma doença mental ou por causa de dificuldades com os membros tivesse também paralisia cerebral que o impossibilitasse de pensar e continuar trabalhando. (...)

{D.276} (...) quando levado ao conhecimento da administração é que a barra pesou. Qualquer dor, por pior que seja, é menor que o desprezo e a retaliação que se sofre. Fiquei 15 dias afastada e mesmo agora, tendo problema nos dois braços, prefiro trabalhar, embora no último dia 31/08 tinha sido tirada do serviço que fazia para ir trabalhar novamente no CESER (soma-se o tempo todo) e quando disse que para lá não poderia ir, fui colocada no gelo, sob a alegação de que não há serviço no Banco que eu possa realizar por causa da LER. (...)

{D.292} A alta do médico e do INSS foi a meu pedido, porque me sentia em desespero por estar com a doença e a dor eu sinto em casa e no Banco. Sempre trabalhei no caixa porque gostava do serviço e por estar sempre em contato com os clientes; nunca fui de trabalhar atrás de uma mesa e máquina de escrever. Já escutei a palavra 'rejeitada' de chefe, e isso me magoou muito; fiquei muito sentida ao ouvir esta palavra. (...)

{D.309} (...) Quando retornei na agência, o gerente administrativo me afastou do caixa, mas me colocou no recadastramento, na época em que havia muito movimento. Eu escrevia, carimbava, grampeava a tarde inteira; quando reclamava que estava com dor, ele alegava que era porque eu estava parada muito tempo e isto era normal (...) encaram nosso problema como 'frescura' para não trabalhar por causa de alguma dorzinha, muitos dizem. Aqueles que não têm o problema ou nunca tiveram acham que nossa doença não é nada, que é psicológica (...)

{D.323} A primeira vez que voltei ao trabalho, voltei contente. Depois foram tantas humilhações que hoje só em pensar em voltar fico ainda mais doente. Na última vez que voltei, meu administrador pediu que eu não conversasse com os colegas e os proibiu de falar comigo. E da última vez ainda, um dos meus administradores disse que teria um servicinho bom, sossegado, gostoso de se fazer: era no computador. Aí eu vi que era caso perdido. Depois de chorar direto vários dias, achei que era hora de ter mais amor próprio, procurar não me sintonizar muito com esse tipo de coisa e parar de pensar em morrer. (...)

{D.324} (...) fiquei quatro meses de licença, sentia-me rejeitada na agência, não conseguia manter relacionamento com meus colegas da ativa; a doença é invisível e todos falam que os doentes de LER são aproveitadores, vagabundos. Acabei por fazer um ultra-som em máquina não adequada (de propósito) para poder voltar a trabalhar, logo, ser normal outra vez. Fui transferida para o PAB (...), atendimento linha de frente e tive que assimilar todas as funções rapidamente

pois o tempo voava, o volume de serviço era imenso e eu não podia marcar bobeira, isto é, de desmanchar uma imagem de 'ótima funcionária' que eu havia demorado 15 anos para construir. Quer queira quer não, o Banco, os colegas acabam exercendo pressões que vêm de todos os lados para você se sair bem em tudo, e não ser tida como lixo, pois a maioria pensa que LER é lixo.
Aprendi tudo; para mim sempre foi fácil aprender; consegui me sobressair, exercia inúmeras funções, a correria era geral, não se parava um minuto, eu acabava ficando além do horário e trazia serviço para casa. O cansaço ia aumentando assustadoramente. Em casa, eu desmoronava, não prestava para nada, trabalhar no Banco consumia toda energia que eu pudesse ter no corpo. Perdi completamente a força nas mãos, não dormia à noite de dor nos braços, não conseguia dirigir, as pequenas coisas se tornavam grandes problemas, estava cada vez mais incapacitada, impotente diante de tudo aquilo que vinha acontecendo.
Hoje, para escrever esta redação, o esforço é enorme, a caligrafia horrível, nunca parei de tratar, trabalhei oito meses e finalmente fiz o ultra-som e a doença estava bem pior.
Continuo sentindo a discriminação no Banco; sinto dor sempre, evito ao máximo ir lá, só em último caso. O problema agora é que sinto estar cada vez mais dependente de outras pessoas pra tudo, parece que acabou minha liberdade, minha capacidade pra fazer qualquer coisa. É duro ficar assim, principalmente para mim que sempre achei o trabalho, a produção, o ser útil, ótima fonte de saúde mental.

*{D.328}* O maior sofrimento que me causou o trabalho foi o local de trabalho, onde 'colegas' nos olham de lado porque não podemos colaborar o mesmo número de horas de graça e que por esse motivo me sobrecarregavam dentro das minhas seis horas contratadas pelo Banco. (...)

*{D.331}* (...) Retornei ao INSS pela 2ª vez depois de uma cirurgia, ficando afastada dois anos. Estou prestes a retornar pelo mesmo motivo, agora agravado bilateralmente. Só queremos que nos dêem um pouco mais de valor, pois afinal não pedimos para ficar doentes. Tenho capacidade limitada, não posso produzir como antes, mas sou um ser humano que quer e tenta ser útil; nem propostas de seguro de vida podemos fazer, perante nossos colegas somos folgados, a administração nos anula, e ficamos esquecidos nos cantos; mal sabem eles o quanto sofremos com isto e como corremos atrás de médicos e INSS, ficando horas sentada num banco desde sete horas da manhã para simplesmente conseguir passar por uma perícia médica.

*{D.335}* (...) Mas eu gostaria que houvesse uma melhor compreensão do problema por parte dos colegas, principalmente pelo fato de que todos estamos sujeitos a esse problema.
Espero que um dia as LER sejam aceitas como um fato real e não como 'fricotes', como atualmente pensam colegas e a diretoria do Banco. Espero, também, ver extinta a expressão 'LER deza', que atualmente se ouve quando dizemos o nosso problema.

*{D.344}* Quero relatar aqui fatos que acontecem e que acho desumano com um funcionário que durante anos dedicou a maior parte do tempo em serviços para o Banco, visando sempre o lucro dessa instituição (...) quando obtive alta do meu médico e do INSS, por apresentar considerável melhora voltei a trabalhar, mas em agência, pois a CESER fechara. Por se tratar de uma agência nova e pequena, achei que teria uma boa oportunidade para bom desempenho e aprender novos serviços. Lá cheguei e entreguei à gerência uma carta do meu médico, alertando que eu não poderia fazer certos tipos de serviços, pois estava de alta provisória. Logo que comecei, colocaram-me para fazer serviço de retaguarda, pois com a extinção da CESER ninguém sabia fazer o serviço, e com a promessa que seria por pouco tempo e depois faria outro serviço fiquei dois meses e depois fui para a central de atendimento, aonde fazia de tudo um pouco: abertura de conta, poupança, débito em conta etc. Também esclareci minha chefia que precisava, uma vez por mês, fazer acompanhamento médico, o que não fiz, pois cada vez em que falava em ir ao médico, só queriam saber como é que eu ia fazer para repor o horário. Acabava desistindo e em um ano fui três vezes, ainda porque o DSO me mandou alguns relatórios para o médico preencher. Quando foi em março, sentia dores novamente, fiz outro exame, e voltou a acusar o meu problema, mas por profissionalismo não me afastei; eu mesma procurei me ajudar, mas fiquei muito desanimada quando me disseram que ninguém se responsabilizaria pelo que viesse a acontecer comigo, mas quando ameacei em ir ao DSO resolveram mudar de opinião. Daí em diante continuei meu serviço, dias passando bem, dias com muita dor e desânimo. Quero ressaltar que em nenhum momento fui poupada de algum serviço; eu é que me continha e com ajuda de colegas, pois são passados os mais diversos serviços. Agora, em outubro, tirei 20 dias de férias e quando voltei me foi passado os serviços que mais exigem esforços repetitivos, pois um colega responsável pelo setor está saindo de férias (ações, seguro, mapas de produção e fora o serviço diário de rotina, como abertura de conta etc.). Logo no primeiro dia tive que passar ordens de comprar ações pelo telex, ainda tive que aprender a lidar com telex, fiquei digitando mais ou menos duas horas seguidas. Resultado: não dormi a noite toda de dor que nunca mais passou.
Eu acho muita sacanagem fazerem isso comigo (...) Estou chateada, desanimada e revoltada. Não adianta carta de médico, DSO, conversas; ninguém tem consideração com os funcionários. Estou tão ruim quanto quando me afastei. Sinceramente não sei mais o que fazer. Peço que me auxiliem dizendo que atitude tomar, pois não gostaria de ser prejudicada mais ainda pelo Banco, porque pelo que todos sabemos estamos passando por uma crise muito séria, temos medo de demissão. (...)

*{D.6}* Faz um ano e sete meses que estou afastada; embora tivesse grande melhora, ainda não consigo fazer quase nada em casa, nem dirigir, não posso viajar e tudo piora o meu estado. Hoje estou me sentindo melhor, porque estou vendo que não estou sozinha. Mesmo assim estou confiante de que ainda posso fazer algum tratamento e que eu possa voltar a fazer tudo o que eu fazia antes.

*{D.48}* Me senti útil quando voltei a trabalhar. Me sentia arrasada, depressiva e limitada antes. Agora, com toda a ajuda do terapeuta, acupuntura, hidroginástica e natação me sinto espiritualmente em paz comigo. Acho muito ruim a CABESP[128] não querer me reembolsar os gastos com acupuntura. E eu não recebi nenhum aviso de que não seria ressarcida. Me senti desamparada, como antes; o INSS é desesperador; fui até a CABESP ver sobre o reembolso e fui tratada como no INSS. Achei terrível, parecia que eu era uma mentirosa, ladra e idiota. Ainda não paguei o total à massagista; ela fez em três parcelas para eu pagar. E tenho que procurar outro acupunturista cadastrado, se eu quiser. A hidro e a natação eu sempre paguei pois a CABESP não reembolsa. Estou chateada, mas vamos ver no que a AFUBESP[129] pode me ajudar. Acho que mereço respeito por parte dos banqueiros, porque ajudo eles a ganharem muito dinheiro. Entro no Banco com saúde e saio prejudicada, isso não tem cabimento.

*{D.50}* Coincidência ou não, no dia que emiti a CAT (...) o dr.... foi na minha agência (...) juntamente com (...) fazer uma palestra sobre LER. Depois em uma sala reservada, somente com os lesionados eu comentei que estava com LER e mostrei meu laudo médico. O dr. (...) disse que meu laudo não dizia nada e que meu médico estava tirando o dele da reta. E quem podia provar que eu não tinha pegado a doença lavando ou passando roupa? Isto está registrado no DSO pois fui direto para lá, fiquei desorientada. Agora me diga se dá para acreditar em alguém.(...)

*{D.78}* Desde 07/89 tenho LER. Fui afastada por auxílio-doença e não por acidente de trabalho por falta de informação e má-orientação, fiquei oito meses afastada e voltei na mesma função, ou melhor no CESER, em outra bateria, mesmo o atestado tendo o código de tenossinovite. Voltei a entrar em licença em 07/92 e estou de licença ainda, agora com CAT retroativa à 89.

*{D.79}* Há anos que trato das minhas dores como se fossem só bursite ou calcificação nos ombros e problema da coluna (desde 1974). Meu médico, dr. (...), nunca me alertou sobre LER, pois ele não é e nunca foi favorável ao afastamento por LER. Só fazia raios X da coluna e ombro; desde 1982 que ele é meu ortopedista sem nunca ter diagnosticado meu problema. Só em 1992, quando não pude mais

---

[128] Caixa Beneficente dos Funcionários do BANESPA.

[129] Associação dos Funcionários do BANESPA.

escrever é que através da eletromiografia foi diagnosticado Síndrome do Túnel do Carpo, que fiz a cirurgia e em seguida todos os exames comprovaram LER, mas o DSO, por erro, me afastou seis meses com auxílio-doença, pelo INSS. Atualmente (há dois meses) é que o dr. (...) do DSO verificou que meu caso é gravíssimo e me afastou com a CAT, pelo INSS, pela primeira vez.

*{D.87}* A minha preocupação com relação às conseqüências das LER vai no sentido de que a volta para o trabalho se dá de maneira inadequada. Tanto administradores quanto os escriturários, com raras exceções, não entendem ou não acreditam na intensidade da dor e na preocupação que temos com as limitações adquiridas. Não existe sequer uma tentativa de aproveitamento do nosso potencial produtivo na área intelectual, de criação, de produção teórica etc. Normalmente, aos piores serviços (aqueles que eles acreditam que não nos incomodarão fisicamente) é que somos encaminhados. O CRP, por sua vez, tem um papel meramente figurativo (no meu caso, até hoje não se fez presente no meu estágio) e não ajuda muito na readaptação.

*{D.94}* Tive durante três anos dores terríveis e o médico a quem eu comparecia dizia que eu tinha um cisto no punho; durante dois anos seguidos me fez infiltrações, no terceiro ano indicou uma cirurgia para retirar o cisto; feita a cirurgia ele constatou que não havia cisto e fechou a cirurgia. As dores aumentaram, fiquei com a mão direita imobilizada. Indicado pelo DSO, um outro médico de São Paulo, depois de muitos exames, fez uma cirurgia exploratória onde diagnosticou os meus problemas de LER (...) O diretor do Banco e a gerência me indicaram uma médica que me receitou tomar remédios que me deram dependência e muitas reações psicológicas e orgânicas (...). Me senti meio cobaia.(...)

*{D.95}* (...) com relação ao INSS, a impressão que se tem é que os peritos não conhecem a doença. Não sabem que em 30 dias não estaremos curados, pois quase todos eles nos pedem para voltar nesse período, o que é muito penoso (...) com relação à administração, é simplesmente lamentável um administrador não conhecer as LER dentro do Banespa. Pelo menos eu prefiro crer que é por ignorância (desconhecimento sobre o assunto) que eles têm tomado certas atitudes. (...)

*{D.100}* Quando dei entrada na CAT no INSS, apesar de portar o diagnóstico médico da Cabesp, da Coordenadoria de Acidente do Trabalho do PST (SUS)[130] e a ultra-sonografia positiva para a LER, a Perícia não reconheceu o AT[131] até que eu entrasse com recurso. (...)

*{D.101}* Gostaria de registrar que sou canhota, porém nesses seis anos em que trabalhei no caixa sempre digitei com a mão direita e a doença surgiu nesse lado direito. Sempre quis retornar ao trabalho, porém ao ser encaminhada para o CRP,

[130] Programa de Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde.

[131] Acidente de Trabalho.

tive que aguardar por seis meses por uma vaga para a primeira entrevista. Se o Banco pudesse interferir nesses assuntos ajudaria muito ou mesmo apressaria a solução dos casos e todo o trabalho que temos junto a esse órgão.

*{D.116}* O maior problema dos afastados é o INSS, onde somos maltratados, como se tivéssemos pedido para ficar doente. Acham que não queremos trabalhar porque estamos ganhando na moleza. Na última perícia minha o médico me virou os braços para todos os lados, apertou; depois, nos outros dias, tive dores horríveis sem poder levantar da cama. Pior é que a gente tem que ficar quieta, sem ter para quem reclamar, acho que devíamos ter mais apoio do Banco para esses casos.

*{D.172}* Espero que o Banco crie logo métodos de prevenção para evitar a doença, pois na prática, nas agências nada disso acontece. Espero também que reconheça de alguma forma o esforço de colegas que, como eu, voltaram a trabalhar voluntariamente (...)

*{D.176}* Durante todo o tempo que estive de licença, sofrendo humilhações do INSS e mesmo quando reabilitada sem condições de retornar e sem alta médica, não foi feita uma perícia de avaliação com profissionais capacitados e da especialização da área a que se refere, sendo, no entanto, a mesma fèita por ginecologista. O que nos deixa muito a desejar pela injustiças que por aí ocorrem. Isso é mesmo revoltante!

*{D.193}* (...). A falta de um diagnóstico e tratamento precisos, mais o afastamento prolongado sem uma assistência adequada, na minha opinião, é que agrava o quadro de LER. Pois além das lesões físicas, causa sérios problemas psicológicos para os portadores de LER. (...)

*{D.197}* O meu tratamento foi prejudicado um pouco pela gravidez, pelo fato de ter que carregar o neném, pioraram as dores. Quanto ao CRP, minha médica escreveu uma carta ao INSS para me encaminhar para este órgão. O médico do INSS se recusou a receber a carta; fui maltratada pelo médico, o qual me deu alta dizendo que não me encaminharia ao CRP, pois ia dar alta a todas as pessoas com LER.

*{D.211}* Nos meus dois anos e quatro meses de afastamento, fiz duas operações, com intervalo de um ano uma da outra. Depois da primeira operação (compressão do túnel do carpo), o médico me descartou, dizendo que eu voltaria a trabalhar em duas semanas, mas isso não ocorreu, pois ainda continuava com dores no punho, braços, dedos enrijecidos, 'fisgadas' e 'choques' na mão. Continuei tratando, mas sem resultados, durante mais de um ano, até que, com muita esperança, implorei ao outro médico que me assistia que me operasse novamente. Depois de muito sofrimento, sem resultado pela segunda vez, comecei a ter crises de choro freqüentes, angústia, tristeza e dores fortes no peito. Entrei em profunda depressão, até que comecei a me tratar com um psiquiatra e muitos medicamentos, que eu uso até hoje.

Pedi alta ao meu médico, pois a conselho de meus colegas de trabalho, me sentiria melhor voltando às minhas atividades. O médico do INSS não quis me mandar ao CRP, concluindo em meu cartão pericial: 'alta sem seqüelas'.

*{D.212}* Eu sofri três operações. Sinto muita dor. Respondi este questionário com a mão esquerda, embora eu seja destra, mas eu estou com muita dificuldade de escrever ou fazer qualquer coisa com a mão direita, mas por incrível que pareça eu também estou com a mão esquerda muito inchada, por isso não está muito clara a minha escrita. (...)

*{D.213}* A doença e sua inevitável conseqüência em relação à capacidade de trabalho (produção) precisa ser esclarecida e respeitada pela administração do Banco, sem o que não haverá perspectiva alguma de sequer prevenir as LER. A má distribuição de trabalho (funções/tarefas) está sempre presente nos setores com casos de LER, além, é claro, da pressão, desorganização e prepotência da administração. O excesso de trabalho com as horas extraordinárias transformadas em horas ordinárias, aumentando conseqüentemente a jornada diária de trabalho, somado à necessidade de rápida execução das tarefas diárias, também têm contribuído para o aparecimento dos casos de LER. É preciso que se esclareça a todos os afetados pela doença que durante o afastamento e na eventual aposentadoria por invalidez o Banco economiza recursos; pois é o INSS que deve cobrir a maior parte dos benefícios. Se o número de casos de LER, não apenas no Banespa, mas em geral, vêm crescendo, por que o INSS não providencia medidas para cobrar, de maneira efetiva, das empresas envolvidas, a prevenção e correta realocação dos lesionados?

*{D.216}* O que eu achei incrível foi que depois que o INSS me mandou para o CRP já cheguei lá para praticamente voltar a trabalhar, pois a psicóloga achou que minha cabeça estava ótima, a terapeuta ocupacional só nos chama para dizer que temos que acostumar com a dor, o médico do CRP nos fala que estamos lá só para ganhar os 40%; então nós acabamos voltando para o trabalho, pois não agüentamos ouvir tanta besteira. No meu caso tenho inchaço no braço todo e está acontecendo de reter líquido no corpo; às vezes, amanheço toda inchada, quando tem muito movimento no Banco e os telefones não param de tocar, não consigo nem me segurar no metrô ou ônibus, pois não sinto as mãos; outro dia eu cheguei a cair do ônibus. Mas apesar de tudo não agüento voltar para o INSS para ser maltratada.

*{D.217}* O afastamento foi uma decisão difícil devido a situação que se apresentava no Banco. Durante o período que trabalhei no Banco tentei assumir e desempenhar todas as minhas funções da melhor maneira possível. Tenho a consciência tranqüila que fui uma empregada à altura do Banco. Porém, ao ser afastada sinto-me desajeitada para entrar no Banco, olhares me fitando e desconfiando da doença (obs.: a essa altura minha mão já dói para escrever e a letra começa a piorar), pois não é visível como um gesso na perna ou um hematoma. Com o

médico em Santo André me senti muito insegura em determinado momento do tratamento; procurei novos médicos, não dei atenção a nenhum outro comentário de pessoas que tivessem LER. Acreditei nos meus médicos, fiz o que eles mandaram. Agüentei o mais que pude as dores sem que houvesse uma dependência dos remédios. Preenchi o meu tempo livre com atividades físicas (hidroginástica) e intelectuais (leituras, conhecimento de novos assuntos). Coloquei o meu 'astral' lá em cima. Decidi me cuidar para poder voltar o melhor possível a desempenhar as minhas funções no Banco e espero que lá chegando nem mesmo tocar no assunto sobre LER, porque infelizmente na sociedade que vivemos as pessoas e muito menos os 'colegas' de serviço gostam de reforçar seus defeitos e não virtudes.

*{D.225}* O primeiro sintoma de LER foi mais ou menos há 10 anos. O primeiro diagnóstico foi tendinite. Fiquei com o braço direito imobilizado por 10 dias (...) Aparecem as dores, procuro o médico e sempre é diagnosticado LER. Vêm as imobilizações e as licenças. Depois a fisioterapia. Já faz tanto tempo...

*{D.226}* Recebemos o certificado de capacidade para trabalhar, e voltamos à ativa com promessas de uma reabilitação na própria empresa, com a devida orientação de que não devemos recorrer junto à JRPS.[132] Eu me pergunto: e o Centro de Reabilitação Profissional, cadê as vistorias? e os centros de saúde das regiões, a real assistência à saúde? Quem não viveu o problema ou mesmo tenha tido conhecimento de causa e efeito, direta ou indiretamente é colocado como acomodado, desinteressado e outros adjetivos que acabam gerando, de uma forma ou de outra, problema de ordem psicológica. O trabalhador não pode reclamar de dores ou ir ao médico, pois acaba sendo marginalizado, portanto não há intervenção nos ambientes de trabalho com vista a eliminar ou reduzir as agressividades impostas.

*{D.234}* A readaptação deveria ser implementada pelo Banco, em conjunto com o INSS. O INSS, através do núcleo de reabilitação, deveria fazer um acompanhamento, mas não faz, e por sua vez a reabilitação pelo Banco não existe; o que acontece então? Eu respondo: o funcionário deve 'se virar' pois a gerência administrativa pouco ou nada pode fazer, seja por desconhecimento do que fazer ou por má vontade mesmo. Você é quase que jogado de um lado para outro sem saber o que fazer. Após três anos transcorridos do meu retorno à agência ainda me lembro das humilhações por que passei, bem como das gozações que fui alvo, não desejo esta doença nem para o meu pior inimigo. A minha revolta ainda é latente apesar de estar bem melhor, mas tenho que continuar fazendo fisioterapia periodicamente."

*{D.244}* Gostaria de registrar, neste questionário, as divergências existentes entre os próprios médicos quanto ao diagnóstico da LER e o tipo de tratamento mais adequado. Este fato nos leva à insegurança, muitas vezes sem saber a quem

---

[132] Junta de Recursos da Previdência Social.

recorrer e em quem acreditar. Eu mesma já fiz vários tipos de tratamento, fisioterapia, tomei uma série de medicamentos, passei por vários cirurgiões e especialistas em mão e obtive respostas diferentes em relação ao tipo de tratamento que deveria seguir. Tenho indicações para uma cirurgia que até o momento não fiz por medo e insegurança, pois alguns dos especialistas em que passei não indicam, no momento, o tratamento cirúrgico. Já outros especialistas só acham solução para a LER através de cirurgia, mas sempre frisando que o resultado pode não ser 100% positivo e que seria uma alternativa para a solução do problema, isto é, uma tentativa, já que os outros procedimentos não apresentam nenhuma melhora. Em decorrência desses fatos me sinto confusa, insegura e, ao mesmo tempo, pressionada pelo INSS, que espera de mim uma definição para dar andamento no meu processo de acidente de trabalho.
O pior mesmo é que estando afastada tanto tempo das minhas atividades no Banco, depois de tanto tratamento, medicamento e visitas a vários médicos e especialistas, eu me sinto pior, com dor constante, formigamento e inchaço nas mãos e no punho esquerdo, sem condições de realizar qualquer tarefa rotineira que exija um pouco mais de esforço. Exames recentes que fiz já indicam os mesmos sintomas e tenossinovite no punho direito.

*{D.247}* Fui o primeiro caso diagnosticado na agência; tive muitas dificuldades para a aceitação da doença por parte dos administradores e colegas e, também, falta de informação e orientação quanto a parte burocrática que o INSS exige, por parte da agência.

*{D.257}* O total de dias em que fiquei afastada foi exatamente um ano e dois meses. O INSS deu alta e encaminhou ao CRP em maio de 94. Fiz adaptação de 30 dias a contar do dia 06/06 até 06/07. Recebi alta e retornei às atividades em 07/07 na função de balcão de informações. No dia 27/07/94, voltei ao meu médico e este pediu novamente o meu afastamento. Entrei novamente com a CAT e fui afastada em 28/07/94, pelo INSS. Quando fui fazer a perícia o médico perito falou-me que eu não tinha nada e já assinou minha alta para o dia 29/08/94. No dia 23/08/94 voltei ao meu médico e ele afastou-me por mais 60 dias, mas como eu já havia recebido alta antecipada do INSS, procurei o DSO na pessoa do dr.(...). Este fez um relatório encaminhando à perícia do INSS contestando a minha alta. Foi pedido então pelo perito um exame de eletromiografia, o qual constatou que eu havia melhorado da compressão dos nervos, mas que meu braço ainda estava inflamado; ainda sendo assim recebi alta novamente.

*{D.258}* Embora não tenha tido alta do meu médico, pois os exames continuam dando resultado positivo e continuo com muitas dores, o médico da perícia do INSS me encaminhou para o CRP, dizendo que essa doença é crônica, com alguns períodos de melhora e outros de crises, e que devo aprender a conviver com essas dores e que deveria procurar a adaptar-me a um novo tipo de função no trabalho, e que não adianta continuar afastada do trabalho.

*{D.271}* Saí de licença em outubro de 1993. Em dezembro, quando passei na perícia, o médico do INSS me deu alta por eu não ter levado nenhum relatório médico. Mas eu achei que já dava para trabalhar, pois estava me sentindo muito deprimida por estar afastada do serviço. Mas quando passei pelo DSO para avisar que o médico havia me dado alta, nem sequer consegui falar com a médica, que era a dra. (...), pois o dr. (...) que estava acompanhando meu caso estava de férias. Falei com a médica por telefone, pois ela disse que não havia necessidade de ir até o consultório e me mandaram para o mesmo setor, sendo que o dr. (...) havia dito que teria que mudar de seção. Em uma semana de trabalho, minha mão e meu pulso incharam novamente e tive que reiniciar o tratamento, tendo que colocar novamente gesso por 15 dias e voltar a fazer fisioterapia. Achei um descaso muito grande por parte da dra. (...) e mesmo da chefia da minha seção.

*{D.278}* A meu modo de ver, creio que desde a época que foi diagnosticado o meu caso, pouca coisa mudou no que tange a uma ação preventiva da doença por parte do Banco. Alguns avanços foram conseguidos em relação ao tratamento e readaptação, mas acredito que o preconceito e a incredulidade em relação à LER exista, fortemente, na cabeça da maioria dos administradores e alguns escriturários. Com relação ao auxílio concedido pelo INSS em relação ao meu caso, devo dizer que desde março de 93 foi concedido e até hoje (24/10) não recebi nenhum centavo. Gostaria muito que a Afubesp me desse apoio para resolver essa situação, já que normalmente num prazo de 40 dias os beneficiários passam a receber o auxílio-acidente (...)

*{D.316}* A observação que eu gostaria de fazer é que eu não entendo porque o CRP dá alta do tratamento alegando que a gente já ficou seis meses, sendo que houve meses em que teve só cinco dias, oito dias, dez dias etc., de tratamento, e eles contam como se fosse um mês. Eu senti que eles (não são todos) não querem saber se você melhorou ou não. O que eles vêm é o prazo em que se está tratando. Como pode haver um prazo? Como podem saber se você está pronto ou não? Senti também que há uma desconfiança em relação aos adoentados por parte de quem está nos tratando. Eles deveriam fazer ou pedir mais exames, para provar se houve ou não melhora. Acho que o Banco deveria se preocupar mais em relação aos seus funcionários. Tanto antes da LER como depois. Somos bem tratados antes da LER; depois dela, depois que nos afastamos, nossos 'colegas' nos ignoram. No começo isso me afetava, mas agora não. Só acho que o Banco deveria abrir os olhos destas pessoas tão pobres de espírito. Demos muito de nosso sangue para o Banco para sermos tratados com tanta indiferença. Eles têm que ver que poderemos dar, não importa que seja em outra função. Só queremos ser tratados com mais respeito.

*{D.317}* Fui afastada das atividades em 22/01/92. No começo foi uma maratona, de médico, laboratório, INSS, fisioterapia, que me tomava todo o tempo. Mas com o passar dos meses e com maior consciência da limitação de não poder fazer coisas, ou ter atividades 'normais', comecei a pirar. Fui para a terapia e em setembro de 92,

não agüentava mais ficar parada. Fiz a reabilitação pelo CRP e retornei, definitivo, ao trabalho em janeiro de 94. A limitação nas minhas atividades no Banco é mais ditada por mim mesmo. Apesar da chefia entender, não gosta muito. (...)

## Retorno ao Trabalho e Incapacidade

*{D.9}* Acho difícil que quando retornar ao trabalho continue sendo vista como a mesma profissional. Mesmo porque não serei a mesma, apesar de acreditar que eu possa recuperar-me e até surpreender, pois tenho muita fé que esta situação vai passar. Não quero ser vista como portadora de LER para sempre, e tenho medo de que precise esconder a doença para ser aceita novamente como a boa funcionária que tenho certeza ter sido. Por isso, junto todas as minhas energias positivas para garantir a cura, com todas as letras. Não acredito que eu precise de terapia, tenho a consciência tranqüila e o único pedido que tenho a fazer é a compreensão dos colegas, que é primordial para que os bons resultados apareçam. Como disse no início, talvez não seja vista como a mesma profissional, mas que pelo menos para mim eu continue sendo capaz de superar estas crises.

*{D.15}* Gostava tanto do meu serviço (nem eu sabia disso) que ao me afastar do mesmo, de meus colegas que considerava 'uma família' e de meus clientes, deixei lá metade de mim, literalmente falando. Estou afastada há uns 17 meses, mas ao ver a indiferença e até a desconfiança existente, pergunto-me se vale a pena me entrosar novamente e tentar me readaptar. A perda não é só física.

*{D.27}* Gostaria de registrar que além de todas as dificuldades que tive/tenho com a doença, o que mais ficou marcado foi o descaso dos administradores e alguns colegas. Gostaria muito que houvesse maior esclarecimento com a administração para que isso fosse evitado. Estou em reabilitação no INSS de São Bernardo do Campo e fui informada que irei receber um auxílio-doença de 40% (do salário do INSS), mas que nunca mais poderei trabalhar no caixa. Achei um tanto radical dizer que nunca, será que eu não posso melhorar/curar? Já na agência administrativa recebi telefonema da assistente social do INSS confirmando meu novo cargo, (...) uma supervisora direta disse-me que eu tenho que informar ao INSS que não vou perder a comissão de caixa, porque então receber os 40% de auxílio? Além de tudo somos invejados!

*{D.28}* (...) é a única atividade que faço e das atividades que exercia antes da LER restam poucas que ainda posso exercer... que posso falar sobre isso?! Não me ocorre nada, é um fato com o qual tenho que viver e o tenho feito do melhor modo. Acho que estou fazendo isso de modo a manter o meu gosto pelas coisas e pela vida. (...)

*{D.30}* (...) Por mais que eu pense em relação à volta ao trabalho, não consigo ver uma função compatível com o portador de LER.

*{D.31}* (...) Na primeira semana me senti muito deprimida e sob pressão, no Banco. Mas felizmente mudei de chefe e estou me readaptando. Eu era caixa e agora estou na central de atendimento telefônico; estou sentindo certa dificuldade pois, às vezes, me sinto inútil no setor, mas ao mesmo tempo é bom que o serviço seja mais leve para que o impacto da volta seja menor. Estou muito emotiva e espero superar esta fase de adaptação. (...)

*{D.77}* Eu passei por uma experiência muito horrível, não gostaria que meus colegas passassem por isso. Estou na reabilitação pelo CRP (o DSO queria me readaptar para um serviço muito repetitivo e desgastante, recusei a fazer estágio e o DSO mandou procurar vaga).
Aí começou o sofrimento dentro do próprio Banco, as portas se fecharam, eu senti que tem muitos trabalhos lentos e bons para quem tem LER, mas quando a gente fala da doença para o administrador a vaga desaparece. Isso prejudica muito, a gente sente humilhada. (...)

*{D.85}* Tenho o prazer de ainda me sentir uma pessoa produtiva. Os sintomas da doença estão sempre presentes. Tive muitas dificuldades ao retornar do CRP para reabilitação na agência que, no final, foi colocada à disposição para quem quisesse receber a sucata. (...)

*{D.86}* Já estive afastado duas vezes. No início do retorno (adaptação) funciona bem. Depois de um determinado período retorna todas aquelas causas que te levam ao afastamento, devido, principalmente, à falta (carência de funcionários); fica difícil, pois estamos presentes e não vamos jogar a carga em cima de nossos colegas, dessa maneira nos esforçando mais do que a nossa capacidade física suportaria.

*{D.90}* Após o retorno ao trabalho é quase impossível continuar fazendo algum tratamento, pois além das atribuições do Banco sou dona de casa, mãe e esposa, tendo que dar conta de tudo. Para se fazer uma fisioterapia tem que se ir ao local e nesta grande cidade com o trânsito infernal perde-se muito tempo, o Banco poderia nos dar oportunidade de tratamento reduzindo a jornada de trabalho para que o lesado pudesse continuar a se tratar, pois com o corre-corre acaba ficando estressado, piorando o quadro de LER.

*{D.92}* Fui submetida a uma cirurgia para parar de vez e isso não aconteceu. Isso me deprime um pouco e sinto-me bem desanimada; medicamentos via oral não suporto mais tomar, pois meu estômago não aceita mais tanto antiinflamatório e analgésico, sinto muita dor de estômago. Nunca tive doença alguma. Gostaria de voltar a ser como antes, cheia de vida e muita alegria. Mas como conseguir? Estou tentando mas está difícil!

*{D.114}* Gostaria de esclarecer o seguinte: há aproximadamente três anos venho tendo dores e nesse tempo todo já procurei médicos ortopedistas, fiz várias vezes fisioterapia e tratei com massagens. Havia sempre uma melhora e logo em seguida uma nova piora. Em dezembro de 93 foi feito o ultra-som e conseqüente diagnóstico de tendinite, mas não houve um tratamento devido à minha gravidez. Fui afastada em 04/01/94 e tive alta em 16/02/94 para entrar com licença-maternidade. Fiquei longe do Banco até agosto de 94, quando retornei para a mesma função de caixa, para avaliar como eu me sentia. Trabalhei quatro semanas e fui novamente afastada a partir de 19/09/94. Agora estou fazendo fisioterapia e tendo orientação médica a respeito do que posso ou não fazer, visto que houve uma piora do meu estado. O médico solicitou afastamento de 60 dias.

*{D.180}* Quando senti os sintomas, procurei o DSO e fui muito bem atendida; logo fui afastada do caixa, mas não adiantou, fui afastada pelo INSS. Ao retornar, mudei de setor. Estou no setor de atendimento ao público, bato no computador pouco, mas quando abuso sofro de dores, mas sei que tenho que me acostumar com a dor. Faço natação e ginástica, que resolvem muito bem a dor. O pessoal do setor já se esqueceu que tive ou que tenho LER e de vez em quando pedem um serviço mais forçado e os lembro do meu problema.
As pessoas são muito esquecidas, então só a própria pessoa sabe o que sente. (...)

*{D.182}* Fui operada na mão esquerda com Túnel de Guyon[133] há um ano atrás. Afastei-me do caixa mas estou na cobrança somando borderôs. Agora estou com dores no braço direito; portanto, é difícil adequar um funcionário com problemas em outro setor que não haja esforços repetitivos.

*{D.191}* Quando em outubro eu me senti mal, começou a minha peregrinação por médicos. Em novembro consegui um médico que atestou ser tenossinovite. Aí fui afastada com a CAT. Fui encaminhada ao INSS. Marcaram a perícia para 1/12/92, o médico me deu alta. Pedi uma CAT retorno. Novamente fui encaminhada ao INSS. Perícia marcada para 15/01, novamente tive alta. Aí, o que fazer sem ter naquela época com quem conversar? Fui à agência. Informada que eu não voltaria ao caixa e nem que eu faria trabalhos que me prejudicassem, voltei. Acho que foi melhor pois encontrei o meu médico atual, que me dá força enquanto eu preciso e bronca quando eu necessito. Não tenho condições de fazer muita coisa, mas o que eu faço tem que ser feito com certa demora, pois o braço cansa muito.

*{D.200}* Estou afastada há um ano e meio, devo retornar ao trabalho em no máximo seis meses em outra função, com capacidade reduzida, recebendo pecúlio do INSS. Se as pessoas que têm LER são reconhecidamente os melhores

[133] Manifestações sensitivas e/ou motoras por compressão do nervo ulnar ao nível do Canal de Guyon, situado no lado interno e ventral do punho.

funcionários, porque ficamos tanto tempo nas mesmas funções? Porque tendo nível superior, experiência, inteligência, habilidade, eu tenho que voltar para uma função que exige menos de minha capacidade? Porque eu não posso voltar para uma função melhor? Uma função em que minhas qualidades sejam reconhecidas? O meu braço tem LER, mas meu cérebro não. Eu estou em plena idade produtiva, não acho justo esse sistema, não acho certo que pessoas sem o mínimo preparo assumam as rédeas de nossas vidas, tendo visto casos de LER muito mais sérios que o meu, hoje sei até o perfil de quem vai ter LER, como ele trabalha, como ele se porta com relação à vida. Eu vou ter que trabalhar para abrir portas? Para coordenar filas de caixa? Isso me entristece.

*{D.205}* (...) pois muitas vezes a administração das agências não respeitam as limitações que o funcionário tem em desempenhar determinadas funções e forçam-no a fazê-las, prejudicando o funcionário e fazendo com que o mesmo volte a se afastar pelo fato da doença voltar a incomodá-lo e limitando-o até mesmo nas coisas em que já estava apto a fazer.

*{D.214}* Estive afastada por esses problemas da LER de 1987-1988. Após esse tempo tentei retornar ao serviço, mas infelizmente quase todo o ano de 1989 foi só de licença. Até que em dezembro de 89 o INSS aceitou o meu problema como doença profissional. Nesse mesmo ano (mais ou menos em abril de 89), comecei a apresentar problemas psíquicos que foram diagnosticados como síndrome do pânico. Faço tratamento de psicoterapia. Às vezes, tenho crises de muita depressão, pois é difícil enfrentar tantas síndromes assim, não é? Aliás, para passar para o papel esses dados é até difícil, pois a mão não acompanha mais a velocidade do nosso (meu) pensamento. Tudo isso dói muito 'aqui dentro', mas tomara que coisas boas aconteçam e providências sejam tomadas para que outros colegas não venham a passar por isso que eu estou passando há sete anos. (...)
Um grande abraço a todos vocês, força nessa luta que é nossa.

*{D.229}* Gostaria de observar o total desconhecimento do médico DSO, juntamente com a analista, me colocando praticamente contra a parede para que depois de dois anos afastado do caixa, visto que 'segundo eles' estaria sarado, como se eles soubessem o que nós sentimos, como se a LER passasse de uma hora para outra. Eu acho que eu não teria escolha, ou voltasse para o caixa ou perderia a comissão. Preferi perder a comissão e deixei aquele ambiente horrível com muita raiva da raça médica e psicológica do Banco, que não entende nada dessa doença que para mim não sarou. Tanto é que, no terminal, eu sinto que ela se apresenta. Imaginem vocês se não voltaria com mais intensidade no caixa. Pois bem, me fizeram optar e eu me senti sozinho contra o Banco, é isso aí, o lado mais fraco sempre arrebenta. (...)

*{D.240}* Fui fazer estágio de adaptação na agência, estágio solicitado pelo CRP (INSS) e senti bastante dificuldade, e foi acentuada pela discriminação sofrida pelos colegas, com comentários maldosos e com falta de vontade de ensinar as

novas funções. Fiz dois estágios de 30 dias e houve uma piora muito grande no meu tratamento. Sugiro que a volta dos portadores de LER seja com mais dignidade e que o Banco não abandone estes funcionários que desejam voltar a ser considerados como banespianos.

*{D.241}* Pode parecer impressão minha, mas o tratamento dos colegas que estão trabalhando muda para com os que estão afastados, algo assim como que a 'gente quisesse estar doente para não trabalhar'. Obviamente não são todos, mas a maioria trata com descaso. Desculpe a letra mas minha caligrafia ficou péssima depois que tive as dores mais fortes nos braços. (...)

*{D.248}* Abandonei o tratamento após alta do INSS em 27 de abril de 1993, devido discriminação na agência e familiares; muita burocracia junto ao INSS, humilhações e outros fatores; sentia-me pior, a dor aumentava, o tratamento não resolvia nada; sentindo-me inútil voltei ao trabalho, não com a mesma dedicação; fazia apenas o que agüentava, o resto engavetava. Voltei a me tratar em agosto de 1994 devido inchaço no punho e aumento das dores, até hoje não me considero melhor, um dia a dor é intensa, no outro não sinto nada.

*{D.252}* Um dado importante é que me sentia culpada por não estar trabalhando, mas com acompanhamento de um psicólogo fui atenuando esta culpa, sendo assim acho importante um acompanhamento psicológico. Também terapia das mãos e braços em um acompanhamento a longo prazo, pois se volta a trabalhar sem ter um diagnóstico preciso, a tendência é piorar. Acho que por estar afastada, sinto um tipo de preconceito até mesmo dos cargos mais elevados no Banco, pois ninguém se preocupa ao menos em mandar um informativo das mudanças que ocorrem em sentido funcional. Tive que escrever isso em várias etapas, pois já não consigo nem escrever direito que vem a dormência na mão, assim, desculpe-me pela letra.

*{D.253}* A doença depois de instalada limitou muito a minha vida. Tive que colocar uma empregada doméstica em casa porque já não posso realizar os afazeres domésticos, este fato está onerando meu orçamento mensal, grandemente. Atividades como escrever à mão já não posso fazer como antes, o meu braço dói muito quando escrevo, por menos que seja, e isso me entristece muito pois me atrapalha muito na faculdade; no início da doença eu não conseguia nem assinar o nome. Não consigo nem segurar a minha filha por muito tempo. Essa doença, ou melhor, essa lesão nos perturba as 24 horas do dia, insistentemente nos atormenta, pois qualquer movimento causa alguma dor e isso nos afeta psicologicamente; fico muito triste quando penso que adquiri LER.

*{D.254}* Em primeiro lugar não se consegue uma melhora, pois estamos de mês a mês ou dois ou três meses sendo obrigados a fazer perícia médica no INSS, o que nos causa uma apreensão muito grande e ao invés de melhorarmos piramos, porque vivemos sempre tensos sabendo que de uma hora para outra teremos

que retornar ao trabalho sem grandes melhoras, como eu que retorno na semana que vem, 20/09/94, quase que na mesma em que saí, com uma diferença: estou com o braço direito todo retalhado, a dor é diária, e não há mais nada que fazer a não ser aceitar a decisão do INSS. O nosso maior medo, no entanto, é que quando passar esse ano de estabilidade no emprego, ainda poderemos ser mandados embora, porque ninguém vai querer uma pessoa inválida trabalhando. Esse período de readaptação é só 60 dias e depois teremos meses com dor, trabalhando da mesma forma mesmo sem agüentar, temendo algo que possa acontecer.

*{D.261}* Atualmente estou no período de estágio na agência, na sessão de 'cadastro' teoricamente; porque não domino totalmente este setor, e por este motivo sinto que algumas atividades são jogadas para desempenhar; tipo: 'para você não ficar parado, você vai aprender essas coisas simples como: alguma coisa de cobrança'. (...)

*{D.262}* O que me deixa triste é estar fora da minha função como escriturário-caixa, o que muito gosto de fazer. Após o período inicial de tratamento, quando a dor era muito forte e foi necessário que eu usasse tala removível, antiinflamatórios e dezenas de sessões de fisioterapia, retornei ao trabalho em outra função; acredito que retornar ao trabalho foi a melhor terapia, pois deixei de me sentir inútil. Até hoje as dores aparecem uma ou duas vezes por semana; a dor permanece por três ou quatro dias quando tento fazer fisioterapia com bolinhas de espuma especial adquiridas para este fim. (...)

*{D.273}* Uma observação que gostaria de expor aqui é em relação ao funcionário que retorna ao trabalho, após o recebimento da alta, isso em relação aos que ficaram muito tempo afastados como eu. Dias antes do retorno ao trabalho tive gastrite nervosa provocada pela ansiedade e insegurança. Já trabalhando, por duas vezes tive que ir ao consultório dada a minha total debilidade emocional. Consegui me recuperar em pouco tempo com três sessões terapêuticas, e, o mais importante, com a compreensão que tive por parte da chefia. Estou aqui questionando até que ponto é válido o CRP, no que ele se propõe (reabilitar o funcionário em sua total integridade profissional), já que as datas das entrevistas são superespaçadas, tornando-se assim, acredito eu, ineficaz naquilo que se propõe. Sendo assim, qual é a posição do DSO frente a isso? O questionamento tem fundamento na medida em que são vários os casos que tenho conhecimento; eu tive sorte de trabalhar com chefia compreensiva, e os que não?!

*{D.283}* (...) Aposentei porque já tinha tempo quando saiu o 'sopão'[134] e por isso não dei entrada em nova CAT apesar de ter os atestados médicos que necessitava. Hoje me arrependo pois fiquei com a lesão da doença e não recebi indenização nenhuma. Estou pensando em entrar com ação contra o INSS para pedir indenização pois me tornei uma inválida para a minha vida familiar.

---

[134] Programa, do Banco, de incentivo à aposentadoria.

*{D.287}* Essa dor na mão e no cotovelo eu já vinha sentindo há muitos anos atrás, só procurei o médico porque começou a adormecer os dedos e eu não conseguia segurar nada na mão, sem explicação nenhuma quando eu via o que estava segurando caía no chão, com isso quebrei vários copos e pratos de casa. (...)

*{D.289}* Bom, fiquei grávida em junho com a minha licença da tenossinovite. Como minha gravidez era de risco não pude fazer um tratamento com remédios, fisioterapia. Voltando agora ainda não posso tomar remédios por estar amamentando. Dói muito meus braços, pescoço, cotovelo, coluna, punhos e dedos. (...) Na vida diária – dar de mamar (só deitada, porque não consigo segurar a nenê), trocar fraldas, lavar, etc. – é difícil por doer demais, mas tenho que fazer por não achar ninguém para me ajudar. Até escrever este questionário fiz em partes pois não dá nem pra escrever.

*{D.303}* Apesar de ter restrições médicas quanto a movimentos repetitivos, é difícil evitá-los no Banco, quase sempre a gente se encontra a fazê-los. Se a gente executa alguma tarefa repetitiva com um ritmo menor, imediatamente os colegas tecem comentários de que estamos fazendo corpo mole, de que LER é uma desculpa para não trabalhar etc. Com base nisso, acho que nossa carreira no Banco fica comprometida, pois a chefia, apesar de muitas vezes nada dizer, relega-nos tarefas medíocres. Se a questão desempenho for realmente fator para crescimento, com base nas notas a gente nunca crescerá. Acho que esta é a maior dificuldade para nós lesionados voltarmos ao trabalho, sentirmos úteis na empresa.

*{D.306}* (...) minha vida é viver em médico, palestras e drogada de remédios. Já perdi esperança com palestras, com tratamentos, já me conformei em ouvir dizer: aprenda a conviver com sua dor e a sua doença. Estou há três anos afastada, com duas voltas de estágios, uma durou um ano, outra 15 dias, voltei a digitar e a usar o telex hoje. Tenho minhas mãos totalmente adormecidas, com degeneração dos nervos, não sou capaz nem de escrever mais, minha mão vai travando, e minha letra piora cada vez mais, tenho que parar a cada linha escrita. Estou retornando ao CRP novamente, para ouvir mais um pouco de abobrinhas; passei na perícia médica do INSS em agosto e só vou no CRP em fevereiro de 95. (...)

*{D.312}* Durante o período em que trabalhei como recepcionista, logo após ter alta do INSS, percebi grande melhora, porém era eu me descuidar e digitar demais ou escrever demais que as dores começavam a voltar devagarinho. Daí eu concluí que este problema nunca terá cura, só controlar.

## Limites e tomada de consciência

*{D.11}* Sinto muita dificuldade nos transportes (ônibus/metrô) por ter que segurar por muito tempo, os braços doem demais, apesar da LER ter sido diagnosticada somente no braço direito, eu também sinto dores no esquerdo (com mesma intensidade, apesar de ser destra).

*{D.14}* A sensação que tenho é a de que sou um 'abacaxi' nas mãos dos administradores. Meus 16 anos de experiência nada valem se não posso passar o dia digitando ou datilografando. Quando estabeleço meus limites isso é recebido como uma simples recusa. Alguns colegas, inconscientes, acreditam (alguns declaram) que finjo-me de doente para não trabalhar. Em minha agência os casos (dois) são raros, o que faz do 'lesado' um 'ser estranho'. Ao lado da prevenção, deve haver uma política de readaptação dos já atingidos.

*{D.23}* Tem dias em que me sinto bem, mas outros em que me sinto muito mau, com vontade de sumir, é terrível! Como ainda estou trabalhando (não estou afastada), gostaria que houvesse mais encontros, comunicações como estas que está acontecendo hoje, pois não conheço quase nada da doença, e como conversando vejo que há várias coisas que estou fazendo errado, talvez poderá prejudicar e até aumentar o grau da doença (falta orientação em geral para nós lesionados e outros chefes e colegas não lesionados).

*{D.34}* (...) Quando adquiri a doença, meu estado psicológico era um. Quando me afastei procurei refazer uma série de conceitos e quando retornei ao trabalho adquiri uma outra visão de encarar as tarefas e o meu papel enquanto funcionária. Luto sempre contra minha necessidade de perfeccionismo e procuro não ser tão ansiosa o quanto era antes. Mas isso, reconheço, tem a ver com traços de personalidade e que faz o ser humano adoecer.

*{D.37}* Existe na minha agência um grupo de saúde que tem tentado esclarecer tanto os escriturários como os administradores, em relação à importância da prevenção da doença. Temos encontrado muita dificuldade em colocar em prática a nossa intenção, seja por ignorância das pessoas como também o 'bloqueio' da chefia. É necessário um trabalho bem amplo de esclarecimento da importância da participação de todos, mesmo daqueles que se julgam imunes à doença. Quando, no fundo, são futuros portadores de LER em potencial.

*{D.43}* Tendo em vista tantos casos de LER, tem que ser dada a devida atenção a todos. Mas deve ser feita alguma coisa para que não apareçam mais casos. Tratamento preventivo e deve ser bem discutido no ambiente de trabalho de cada um.

*{D.47}* Para entrar no Banco prestamos um concurso, esperamos um bom tempo para a admissão e quando assinamos o contrato estamos em perfeita saúde, porque passamos por avaliação médica do Banco. Ninguém nos informa que estamos caminhando para uma função de risco. Portanto, acho que o Banco tem por obrigação dar todo tipo de assistência. Não existe ninguém no Banco para nos orientar, acompanhar nosso tratamento, encaminhar e indicar especialistas e tratamentos corretos; deixam a gente se virar sozinho, passar por todos os tratamentos errados, sem sequer tomar conhecimento. O Banco precisa nos fornecer pessoas especializadas na doença para nos orientar. O mínimo que exijo do Banco

é que me respeite como ser humano e que assuma que minha invalidez é de responsabilidade da empresa, portanto que me proporcione, ao menos, condições de ter um bom tratamento.

*{D.49}* Nesses quase nove meses de afastamento das minhas atividades profissionais e subseqüente tratamento para LER, gostaria de tecer as seguintes observações: a) existência de muito despreparo da rede médica quanto ao diagnóstico e tratamento da doença; b) total despreparo e/ou desconhecimento da administração e diretoria do Banco quanto ao tratamento humano a ser dispensado ao funcionário com LER; c) o peso emocional e psicológico de ter, de um momento para o outro, totalmente alterada minha rotina de vida. Tenho conversado com algumas pessoas (médicos, assistentes sociais e fisioterapeutas) e todos são unânimes em dizer que o BANESPA deveria fazer algum tipo de convênio com a Faculdade de Medicina da USP afim de, em conjunto com uma das maiores universidades do Brasil, procurarmos não só a cura dos casos já existentes, mas também a prevenção devida.

*{D.74}* A volta a estar de licença será inevitável pois a administração da agência não se preocupa em manter períodos de pausa, nem com a função exercida pelos lesionados, submetendo-nos a trabalhos que exigem esforços repetitivos. (...)

*{D.89}* Difícil a realocação no serviço bancário por: discriminação, administradores mal preparados, inexistência de serviço que não utilize as mãos no serviço bancário, pressão, cobrança, falta de critério na escolha de serviço por parte da administração, incoerência e descaso por parte dos peritos do INSS que nem sequer examinam os exames e levam em consideração os fatos relatados, além da falta de educação e profissionalismo. Ex.: me deram alta sem ao menos verificar os exames realizados. Por experiência acredito que a pessoa com LER obtém melhora quando além do trabalho médico, esta pessoa retorna ao trabalho (obs.: desde que tenha condições no local de trabalho).

*{D.111}* (...) Essa ansiedade, o nervosismo que sempre acompanha os dias de pagamento e minha inquietude natural talvez tenham contribuído para o aparecimento do problema. Por isso acho importante o tratamento e a prevenção da doença entre os bancários, tanto em termos de esclarecimento, como de exercícios físicos obrigatórios para os funcionários, durante o expediente ou no final do mesmo, principalmente na época atual de nova moeda e política econômica, onde temos que enfrentar o corte de horas extras, o temido arrocho de salário (espero que só temido e não realizado) e possível quadro de demissões de funcionários, o que aumentará ainda mais a carga de serviços. Precisamos nos unir e contar uns com os outros para melhorar o ambiente de trabalho causado por esses fatores e nos ajudarmos. (...)

*{D.113}* Sinto-me bem, mas com as devidas restrições que eu sei que devo fazer, tanto no trabalho como em casa, mas tento não ficar 'esquentando' muito a cabeça, porque senão fico nervosa e a situação piora muito. Para melhorar o médico diz ser necessário fazer uma cirurgia no pulso, mas tenho medo de ficar pior, então, por enquanto eu tento me vigiar e não fazer por muito tempo o mesmo trabalho, só assim me sinto melhor, não posso datilografar muito, escrever muito etc., só de escrever esta meia página meu braço ficou duro e minha mão não obedece, a letra vai mudando de forma se eu não me concentrar. (...)

*{D.118}* (...) Depois do encontro da AFUBESP, do qual participei, nasceu uma pontinha de esperança, pois podemos ter uma entidade a nosso favor, pois o DSO, às vezes, se torna omisso, pois não sabe que lado atende, se ao nosso ou do Banco.

*{D.137}* Estive presente ao Encontro sobre LER e fiquei bastante animada (e ao mesmo tempo assustada) com o que lá vi. (...) Participando do grupo o que mais ouvimos e discutimos foi exatamente isso: o que fazer para mudar a mentalidade e as atitudes dos não portadores em relação a nós. Cada vez que vou a minha agência sou obrigada a ouvir gracinhas de todo tipo. Antes de engravidar eram essas gracinhas, de um tom. Agora, após três anos de tratamento (sou portadora de endometriose,[135] o que dificulta e às vezes até impossibilita a gravidez), inclusive com cirurgia consegui engravidar e sou alvo dos comentários mais maldosos como: 'é, pra trabalhar você não presta, mas para engravidar, hein?). (...) Enquanto eu estava saudável e servia para a cada 15 dias entrar às 5h:45 da manhã e sair depois das 18:00, hoje todo mundo me cumprimentava; hoje a gerente administrativa da minha agência passa por mim e não me olha na cara. No domingo, após o Encontro, tive contrações e quase perdi o meu bebê devido às dores na coluna e pescoço que tive desde o sábado, pois como não tenho carro tive de ir até o local do Encontro de ônibus e metrô. A 'viagem' foi longa mas valeu a pena. Mantive contato com gente sofrida, humilhada, carente, cheia de dores que largou casa e filhos (e até vieram do interior um dia antes) para tentar achar uma luz no fim do túnel que ninguém avisou que era tão escuro.
Conversando na hora do lanche com esses colegas, todos chegamos a conclusão de que deveriam ser confeccionadas camisetas com *slogans* tipo: 'LER, eu sou uma vítima', ou 'LER, eu sou você amanhã', para que usássemos quando da ida até a agência. Sei que o tom é meio trágico, mas a verdade é que LER, para quem não tem, é como AIDS, só dá nos outros. Fora isso, que fosse feito uma campanha de solidariedade aos portadores e prevenção aos sadios, mas tudo isso foi dito no Encontro, não é? Bem, meu braço já está doendo; eu já escrevi demais. Peço que este trabalho não seja como outros que começaram e ninguém viu o fim. Agradeço e peço (ou melhor, pedimos): respeito ao portador de LER.

[135] Processo crônico da mucosa uterina.

*{D.179}* As LER nos deixam de alguma forma discriminados, mas não inúteis. Tento mostrar que, se não sirvo para trabalhar no caixa, posso fazer muitas outras coisas. Aprendi que temos que nos adaptar a outras coisas. Solicitei de meus supervisores ajuda, no sentido de não piorar minha situação, e obtive isso. Procuro ajudar a todos que me solicitam, tomando cuidado para não forçar a minha mão. Percebi que quando fico muito tempo escrevendo, datilografando, digitando, acabo ficando com dor no braço, então evito isso. Afinal de contas, se não tomar cuidado, sei que serei prejudicada, não só no Banco, como em minha vida particular.

*{D.199}* No meu entender o grande problema no retorno ao trabalho e mesmo no período de afastamento, é a discriminação. A questão é muito mais cultural, embora algumas pessoas usem de má-fé, pois faz parte da cultura bancária se valorizar quem possa vir a dar mais lucros (sejam clientes ou funcionários) e renegar quem esteja fora das expectativas (metas). Enquanto os colegas e, principalmente, os gerentes continuarem encarando os funcionários com LER como pessoas que possam apenas fazer serviços 'menores' e de pouca rentabilidade, portanto, onerando o DPLG das agências (principalmente os que continuam recebendo gratificações de caixa), esta discriminação continuará. O estágio de readaptação funcional não passa de uma farsa. O erro está em se achar uma função já existente, pois, na verdade, caberia ao Banco promover cursos de treinamento para estas pessoas, para que todos nós possamos continuar produtivos, sendo respeitada a personalidade e as limitações físicas de cada um. Não é justo com nenhuma das partes envolvidas, sejam gerentes de agência, gerentes administrativos, supervisores, funcionários com LER e, também aos que não são portadores (pois se sentem constrangidos a vir a assumir os sintomas da doença) a falta de empenho da empresa em encontrar soluções eficazes para o retorno ao trabalho, pois a empresa determina que o DSO faça um acompanhamento, mas quem, na realidade, vai equacionar os interesses das partes será o gerente administrativo. Eu creio que neste fato está a essência dos problemas de readaptação funcional. Por isso se faz necessário um investimento do Banco no treinamento dos funcionários com LER.

*{D.219}* Estou novamente de licença, pois me transferiram para uma seção que me senti na obrigação de executar tarefas que sabia não poder realizar, e informei aos responsáveis, não me obrigaram a fazer. Mas tentei e não fui capaz. O resultado foi a piora no quadro, me obrigando a intensificar o tratamento; a recidiva foi pior. Eu descobri que minha limitação é maior do que eu imaginava. (...)

*{D.220}* Gostaria de acrescentar uma coisa que senti na pele e continuo sentindo e acho que todos os colegas que estão ou estiveram afastados devem ter sentido. Trata-se da dificuldade que temos quanto ao fator burocrático do problema no que tange à papelada, aos órgãos oficiais que cuidam diretamente, INSS, CESAT,[136]

[136] Centro de Saúde do Trabalhador.

CRP etc., não há um interesse generalizado em cuidar do paciente, do seu bem-estar ou de sua cura, mas sim na parte burocrática e funcional do problema, se este será indenizado ou não, se será recolocado dentro do seu local de trabalho em outra função etc. Eu acho que o que realmente falta é uma conscientização exata por parte das empresas (Bancos) do que deveria ser feito a título de profilaxia, para evitar ou tentar diminuir com certeza o número de casos, uma conscientização geral. Há também o problema da orientação ao funcionário de como proceder desde o momento do seu afastamento, passagem pelos órgãos oficiais, até a sua volta ao Banco e conseqüente readaptação, tudo é muito vago, e a gente se sente muito jogada, perdida mesma.

*{D.223}* O fato de eu não poder fazer o que eu gosto no meu trabalho (que é digitar e escrever) me deixa triste e me causa até sofrimento. Não me sinto inútil, porque graças a Deus ainda posso expressar minhas idéias oralmente, posso caminhar, posso ler etc. O que acontece é que eu estava acostumada a viver para o lado profissional e nisso a doença me prejudicou bastante. Tenho que trabalhar dentro de limites onde o tipo de trabalho não permite. (...)

*{D.224}* Atualmente trabalho num posto de serviço onde exerço a função de caixa vertical, trabalho com débito em conta e ordens de pagamento. No caixa trabalho em média uma hora por dia, porém nos outros setores escrevo muito, além de efetuar muita somas e faço algumas fichas datilografadas. Com esses serviços alternados, melhorou muito o meu estado de LER. O médico não me deu uma alta propriamente dita, porém recomendou executar outras funções alternadas. Nos dias em que escrevo muito sinto doer o braço; nesses dias faço pausas de alguns minutos para descansar o braço. Às vezes, nesses dias também dói a mão direita. Gostaria de registrar que apesar de recebermos recomendações médicas sobre posição e postura no trabalho, nem sempre podemos segui-las, pois os móveis e máquinas do Banco possuem um padrão único e que nem sempre se torna possível adequar ao porte físico do funcionário. Lemos tanto sobre ergonomia do trabalho nos 'jornais' do Banco, porém até agora não vi nada ser mudado para melhorar.

*{D.227}* Falta consciência dos próprios bancários com relação à gravidade da LER, considerando o que ela provoca na vida física e mental das pessoas. Falta seriedade do Banco e dos 'chefes' (chefias, gerentes) na compreensão, inclusive de vários colegas. Falta uma ação mais eficaz do sindicato. Falta uma abordagem mais competente para o tratamento.
Após constatada a LER, meus 22 anos de dedicação ao Banco simplesmente não existiram.
Obs.: este folheto não foi preenchido por mim pois não tenho condições de escrever.

*{D.228}* (...) A sensação de perda das forças dos braços, os limites que vão se impondo pela dor fazem-nos sentir muito inferiorizados e sensíveis à postura dos outros, que parecem não perceber o que se passa conosco. Essa situação exige de

nós um movimento interno forte e vigoroso no sentido de não nos entregarmos ao desespero e à baixa de auto-estima. Quando percebi que quase tudo dependia de mim para a mudança da situação interna e externa, comecei a procurar recursos que acabaram por me ajudar bastante (...)
Às vezes a doença nos pega num momento em que estamos vivendo como um barco ao sabor das ondas, não temos qualquer controle de nossas emoções e sentimo-nos perdidos diante da nova realidade. Isso só agrava e intensifica a dor. (...)

*{D.230}* Quando foi constatado a primeira vez que tinha LER fiquei decepcionada, pois gostava (ainda gosto) do que fazia (trabalhar no caixa), mas meu retorno não me causou transtornos, comecei a me acostumar com a idéia de ter algumas limitações. Com o retorno das dores, cheguei a ficar angustiada pois parecia que estava me tornando uma pessoa inútil (não conseguia trabalhar, não conseguia fazer as tarefas de casa e também cuidar das crianças), mas o que me tem incentivado, apesar de já ter feito tanto tratamento, tomar tantos remédios que perdi as contas, foi o fato de meus familiares e amigos me mostrarem um outro lado meu que ainda era bom e que só acreditando nisso eu mesmo poderia superar minhas debilidades. (...) Ter LER é aceitar limitações manuais e não mentais, precisa-se de uma conscientização que o portador de LER tem outros pontos bons para serem aproveitados.

*{D.236}* Me sinto razoavelmente bem readaptada, uma vez que saí da função de caixa para assumir um cargo administrativo. No entanto, apresento ainda sintomas, como dores eventuais no braço direito e perda da força muscular. A jornada de oito ou mais horas diárias ajuda a agravar o quadro. O que se faz necessário e urgente é questionar a posição dos escriturários e caixas que retornam para suas funções antigas ou mesmo que ficam sem função definida, pois isso agrava o fator psicológico do indivíduo. Ele passa a se sentir inútil. A batalha anti-LER deve iniciar-se pela prevenção realmente efetiva e prática da doença e pelo combate ao preconceito. Sem essas premissas básicas, fica difícil levar qualquer trabalho a sério adiante. (...)

*{D.245}* Depois de muito pensar, cheguei a conclusão de que há três culpados por eu ter adoecido: 1º) A administração, pois, por mais que pedia ajuda para dar conta do serviço que era muito, por mais que reclamasse da dor, nunca fui ouvida e nem foi feito nada para diminuir a quantidade de tarefas, pelo contrário, me davam mais e mais serviços; 2º) O médico, não soube tratar da doença o quanto era necessário, pois não conseguiu discernir a gravidade do problema; em outras palavras, subestimou o que eu falava (não acreditava) na dor. 3º) Eu mesma, por ter trabalhado tanto. Fui o primeiro caso da agência e como não tinha ninguém para pedir ajuda, fiquei completamente perdida. Se tivesse orientação na época, não teria perdido tanto tempo em médicos não muito hábeis e hoje poderia ter tido muito mais progresso. É extremamente necessário a orientação precoce. É extremamente necessário, também, a prevenção, pois se nada for feito, o Banco irá implodir daqui a algum tempo. (...)

*{D.249}* São só comentários subjetivos: encontro-me em tratamento há mais de 10 meses, entre sessões de fisioterapia, acupuntura, RPG.[137] Minha vida ficou completamente tumultuada com os vários horários: horário para tratamento, horário com minha médica, horário para fazer perícia no INSS... Os sentimentos de tristeza e depressão são acentuados e a pessoa tem que ter uma estrutura psicológica muito forte para se manter controlada, para levar a vida com normalidade. As pessoas ao nosso redor ficam perguntando do nosso problema e lhes parece difícil entender que seja tão grave, que não possamos desempenhar tarefas tão elementares, como escrever ou digitar por muito tempo, ou mesmo atividades domésticas de passar e lavar a própria roupa, fazer faxina na casa, pentear os cabelos... Quando encontramos pessoas com LER nos corredores do INSS ou nas salas dos consultórios, há uma identificação tão interessante, uma compreensão mútua tão consoladora, sentimos um grande alívio por não sermos os únicos, não sermos anormais, entender que apenas tivemos a infelicidade de desenvolvermos as LER, mas que podemos nos tratar. A vida continua e há esperanças para nós, e podemos até ajudar uns aos outros... e o que precisamos é de compreensão da nossa dor e sofrimento, de que não estamos inutilizados como seres humanos, que há muita coisa boa em nós e precisamos de ajuda...

*{D.250}* O grande problema é aceitar as limitações e procurar outras compensações, por experiência própria, estou praticamente impossibilitada de datilografar, digitar, usar máquina de somar e devo escrever (manuscrito) o menos possível pois o polegar direito 'trava'; para mim sempre foi muito orgulho ser exímia datilógrafa, sempre tive facilidade para escrever, e hoje estou 'podada'. Mas também questiono se o meu lado intelectual, extrovertido, um bom nível de raciocínio não podem ser usados para um melhor aproveitamento do Banco e que, se assim fosse, o sentimento de 'inválida' seria eliminado. Também percebo que os funcionários devem buscar ter uma melhor conscientização para prevenir a LER, pois as seqüelas são lamentáveis.

*{D.256}* A tenossinovite é uma doença crônica que a pessoa que a vivencia deve aprender a conviver e saber evitar que causa as crises e dores. Deixa sem sombra de dúvidas 'estigmas' no funcionário, porém, vai de cada um mostrar a sua capacidade (embora limitada), retirando qualquer tipo de preconceito no ambiente da trabalho. É importante que a pessoa afastada, ao retornar ao trabalho, não se impressione com o preconceito que beira a doença e sentir que é importante para o Banco ter funcionários 'tratados e não lesados'.

*{D.260}* Em várias ocasiões, por limitações em meu trabalho (por LER), me senti muito mal, inútil, em depressão e uma série de sintomas bastante negativos. Mas não sou pessoa de esmorecer facilmente, não me entrego a lamúrias e autopiedade, vou à luta. Quando fico muito triste ou abatida procuro dar a

[137] Reeducação Postural Global.

'volta por cima' e sempre consigo, às vezes, mais rapidamente ou não, mas sempre consigo. As LER cria mais força negativa quando nos entregamos psicologicamente a ela. Não deixar se abater ajuda muito! Apesar dos colegas, do chefe, das limitações.

*{D.333}* Não me sinto totalmente curada mas estou bem melhor. (...) Tenho limitações, mas aprendi a conviver com elas. Até o momento consegui administrar minha vida dentro desta nova realidade, me sinto bem e útil profissionalmente.

# 7 Resistência e Movimentos Sociais

*... pode-se demonstrar que no tocante ao período contemporâneo, as formas inovadoras, organizacionais e tecnológicas nascem da experiência de renovar as técnicas de controle do trabalho vivo, numa época em que o paradigma do trabalho parcializado e repetitivo mergulha em crise de eficácia. Tanto no caso das soluções organizacionais (grupos autônomos, círculos de qualidade, Kan-ban) quanto nas tecnologias, trata-se de aprofundar as técnicas de organização, visando renovar os métodos tradicionais de controle do trabalho.*

Coriat (1988:58-61)

Só se vende força de trabalho, ou seja, horas de capacidade técnica, quando se tem a 'saúde suficiente' para executar o trabalho requerido. A relativização da saúde, isto é, ter a saúde suficiente ou mínima para o trabalho, é uma exigência e princípio de mercado. A produção não requer, obrigatoriamente, trabalhadores absolutamente saudáveis, mas que o sejam suficientemente para garantir a produtividade esperada. O que importa não é a saúde do trabalhador, mas a saúde necessária à produção.

Se a oferta de força de trabalho com a capacidade técnica exigida for grande, como de hábito, a preferência recairá sobre os que a vendem mais barato e têm, aparentemente, mais saúde, forma do capital se precaver contra possíveis ausências ao trabalho. Tal precaução é inviável se, ao contrário, houver escassez de mão-de-obra, eventualidade bem pouco comum.

Para o capital, a saúde – entenda-se a 'saúde suficiente' – é um simples e relativizado componente da mercadoria força de trabalho. Daí o fato habitual de se contratar menores, manter na produção trabalhadores doentes ou, menos freqüentemente, recrutar doentes para trabalhar.

Saúde e capacidade técnica são componentes até certo ponto indissociáveis da capacidade de trabalho. O que, por necessidade, o trabalhador coloca à venda no mercado não é sua capacidade de trabalho, nem seus componentes – a capacidade técnica e a saúde –, mas horas-trabalho. Ao fim da jornada, dá-se como pressuposto que a capacidade de trabalho e seus elementos constitutivos se mantenham íntegros para que a venda de horas-trabalho continue. É dentro desses marcos, de preservar a capacidade de trabalho para continuar a venda de horas-trabalho pelo valor possível no mercado, que se estruturam as resistências dos trabalhadores.

Há, portanto, uma contradição nodal e histórica entre capital e trabalho. Para o primeiro, a força de trabalho, como qualquer mercadoria, embora indispensável à produção, é para ser consumida e substituída, à medida que se 'desgasta' como qualquer outro elemento do processo de produção. Ele a tem, pois, como peça descartável. Um conceito e prática duros e extremamente materialistas. Em oposição, está incorporado historicamente à consciência do trabalhador, que sua experiência e saber, isto é, sua capacidade técnica, independente da qualificação, é irrenunciável. Tem consciência, também, que para exercitá-la precisa ter saúde. Por isso, a capacidade de trabalho, essencialmente constituída de experiência, saber e saúde, é um bem inalienável. Não é ela que ele põe à venda, mas horas de sua utilização. E resiste para mantê-la intacta.

O capital não contrata ninguém sem alguma experiência, saber e sem um mínimo de saúde. Mesmo o singelo Schmidt, personagem simbólico do texto de Frederick Taylor, *The Principles of Scientif Management*, escolhido segundo ele, por ser o menos inteligente dos trabalhadores com que lidava no seu exemplo, sabia fazer o que lhe foi proposto. A qualificação vai determinar, até certo ponto, o valor da hora-trabalho, mas findo o trabalho, a capacidade de executá-lo e o seu portador deveriam permanecer íntegros. Este é, em tese, um dos princípios ou atributos do trabalho livre que o diferencia fundamentalmente do trabalho escravo.

A consciência sobre a indissolução da relação dos dois componentes da capacidade de trabalho – a saúde e a capacidade técnica – e a ênfase histórica que a classe trabalhadora tem dado em suas lutas pela redução da jornada de trabalho, que a ambas protege, revela uma política e prática coerentes, ao contrário da suposição de alguns que vêem na redução da jornada apenas a valorização econômica da hora-trabalho. Vejamos o porquê:

A patogênese do trabalho repousa essencialmente na intensidade e tempo de sujeição ao trabalho. A intensidade do trabalho deve ser entendida como o conjunto de condições que envolvem, se impõem e cobram, continuamente, trabalho ao tra-

balhador, enquanto trabalha. Nestas condições estão incluídas todos os elementos materiais, físico-químicos, ambientais, temporais e também as relações de trabalho e poder, vale dizer, os aspectos organizacionais da produção. Enfim, envolve simultaneamente, no mesmo espaço e tempo, o coletivo de trabalhadores, os materiais, instrumentos, meios e processos de trabalho e o modo como esse processo e relações são gerenciados. Para coibir no todo ou em parte a patogenia do trabalho, ou se reduz sua intensidade, ou o seu tempo ou a ambos.

Como exige o comprador, só é possível o vendedor da mercadoria força de trabalho concretizar sua venda se tem, além da capacidade técnica requerida, saúde suficiente para exercitá-la. O trabalhador protege sua integridade corporal, não só por instinto de preservação, mas também por esse imperativo do mercado. A ameaça maior é a de não poder trabalhar, seja por estar doente ou pela falta de emprego, fenômeno cada vez mais presente, à medida que o modo de produção capitalista incorpora novas tecnologias e insiste, em proveito próprio, em manter a mesma jornada de trabalho, quando não se vale da conjuntura para aumentá-la.

Em qualquer das circunstâncias, não poder trabalhar é assustador, porque socialmente marginalizante e, se definitivo, pode destruir o trabalhador e o homem que há nele, profundamente identificado nos tempos modernos com a necessidade social, familiar e individual de trabalhar. Não se trata, pois, de apenas garantir um emprego ou os benefícios de uma aposentadoria futura, às vezes precocemente precipitada por uma invalidez que involuntariamente o despoja, com enorme sofrimento, de sua capacidade de trabalho. Essa ameaça onipresente o leva a elaborar, no cotidiano, maneiras particulares e silenciosas de insubmissão. Algumas chegam a ser grupais, outras individuais, mas qualquer delas tem como objetivo, em última instância, reduzir o tempo de trabalho e quebrar a sujeição, a rotina e a monotonia inerentes ao modo de produção capitalista.

São estratégias que percorrem um amplo espectro, indo das transgressões às normas prescritas pela empresa à ausência ao trabalho sob pretextos os mais diversos. São práticas de pessoas que convivem tempo e espaço de trabalho coletivos e que, apesar da subalternidade assumida contratualmente por força da relação desigual com o contratante, guardam a marca visceral da insubmissão, do não conformismo com a usurpação do seu tempo e do seu trabalho, insubmissão, diga-se que é um dos atributos da classe trabalhadora, tanto mais positivo quanto mais se torna consciente e coletivo.

## Estratégias defensivas

Os níveis de consciência e inconformismo da força de trabalho contratada são variáveis e dependem da posição ocupada na hierarquia do poder da empresa. Os mais subalternos, certamente, serão os mais insubmissos e é do nível de solidariedade e organização horizontal que possuam que depende a eficácia, sem embargo relativa, das estratégias adotadas. Desde já fique claro que a empresa também tem as suas, para arrancar o máximo de trabalho nas horas contratadas e em outras horas extras, muitas vezes não pagas, estratégias, diga-se também, muito mais eficazes, que cobrem um amplo leque que vai da cooptação, passando pela coação mais ou menos explícita, à demissão, para isso utilizando os trabalhadores das hierarquias superiores, isto é, o poder da gerência. Vamos nos reportar a algumas experiências dos trabalhadores nesse sentido.

As empresas instaladas no Centro Industrial de Aratu, no Recôncavo Baiano, há tempos registravam, e é provável que ainda registrem, altas taxas de ausência ao trabalho nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro, quando se desenrola o ciclo de festas populares que antecedem o carnaval. Os primeiros executivos dessas empresas, originários do sul do País, demoraram a assimilar o costume, com o qual empresas de atividades econômicas mais tradicionais e de raízes locais há longo tempo conviviam. Tais festas, caracterizadas pelo sincretismo religioso, misturam componentes da religião católica, trazida pelos colonizadores portugueses, com os de cultos africanos que acompanharam os escravos. Deuses cristãos e pagãos, com o passar do tempo e o convívio em espaços sociais próximos, acabaram se confundindo, ganhando novos nomes e atributos comuns, mais humanos, dados pela população submetida de crentes e profanos que faz as festas. O ciclo, que começa em dezembro com o festejo e procissão da Nossa Senhora da Conceição da Praia, rompe com a moral, costumes, hábitos e trabalho cotidianos. Desejos e fantasias marcados pela fé, por transgressões e pela sensualidade, tornam-se explícitos a tal ponto que segundo a percepção dos parteiros e pediatras das maternidades públicas da época, o número de abortamentos aumentava nos meses seguintes e o de partos nove meses depois. As diferenças de classe e cor, momentaneamente, se aplastam, envoltas nessa euforia urbana e coletiva de som, dança, liberdade e sexo, bastante álcool e violência. Uma catarse, uma explosão social representada e consentida, uma ruptura episódica que parece ajudar a manter em equilíbrio, pelo resto do ano, as heterogeneidades e desigualdades conhecidas. A festa que culmina o ciclo orgíaco – o carnaval –, de origem imemorial, ganha novos significados em Salvador. O apaziguamento das diferenças de classe, expresso pela tolerância com

a presença maciça dos dominados nas ruas, antes escravos, hoje trabalhadores livres – operários, empregados no comércio, em bancos e outros serviços, estudantes, escriturários, comerciários e avulsos – é, porém, temporário. Afinal, as diferenças são muitas e têm raízes históricas, socioeconômicas e raciais antigas e muito fortes para serem apagadas por esses rituais, em que as antinomias não deixam de estar presentes.

O ciclo de festas populares da Bahia, no que pese a influência religiosa dos colonizadores, tem mais a ver com a origem predominantemente africana e escrava da população pobre do Recôncavo, com o esgotamento da lavoura da cana-de-açúcar de antes, assentada no trabalho escravo, com o trabalho autônomo da pesca em canoas liquidada pelos navios frigoríficos de alto mar, com a venda ambulante em barracas que se espraiam nesses festejos, com a industrialização tardia e com a exploração predatória do turismo desenfreado. Resquício de uma sazonalidade apagada, certamente originária das sociedades arcaicas referida por Eliade (1993:313-331), os festejos retornam todos os anos, ciclicamente, mesclando crenças, orgias, tambores e negócios. São marcos temporais e culturais absorvidos e, afinal, apropriados pelo capital, a ausência ao trabalho, que não é apenas dos trabalhadores do pólo petroquímico, sugerindo um modo de insubmissão consentida contra a opressão do trabalho cotidiano regrado e o horário do capitalismo industrial.

Conteúdo simbólico parecido teriam as condutas dos trabalhadores observados por Roy, em 1960, em uma usinagem, por Ditton, em 1979, em uma panificadora, por Cavendish, em 1982, junto às operárias de uma montagem e por Clark, também em 1982 em uma indústria de açúcar de beterraba, analisadas por Hassard (1992). Estariam eles, segundo esse autor, tentando, por meio de uma série de artifícios, quebrar a continuidade do tempo e ritmo de trabalho, estabelecendo regras próprias e intercalando certo entretenimento.

Os médicos brasileiros das unidades de terapia intensiva com jornadas habituais de trabalho de 12 horas corridas, graças à sua condição de especialistas tecnicamente mais qualificados e mais raros no mercado de trabalho, à sua posição de classe e ao seu poder de barganha, lograram quarto de dormir dentro dessas unidades, eufemicamente chamado de 'repouso médico'. Tal privilégio é vedado às enfermeiras e auxiliares que têm maior carga de serviço. No entanto, ao menos em hospitais públicos ou que servem aos trabalhadores de baixa renda, é comum auxiliares e atendentes de enfermagem e trabalhadores de serviços de apoio improvisarem, à noite, lugares de dormir em áreas de menor vigilância de suas chefias, acobertando-se uns aos outros, obtendo, às escondidas, uma redução do tempo de trabalho parecido com a daqueles médicos, oficialmente admitida.

Uma instituição bancária estatal brasileira, que apresentava elevado número de licenças médicas por distúrbios mentais, as teve bastante reduzidas quando tais diagnósticos e a emissão de autorizações de licença passaram para a competência de psiquiatras. Observaram seus autores ser bem mais freqüentes as licenças médicas de bancárias nos meses de julho e dezembro, coincidentes com as férias dos filhos.[138]

A ausência ao trabalho mediante atestado médico foi, aliás, presumidamente obtido mais facilmente em serviços de saúde públicos ou próprios das empresas que, entre outros motivos, as teria levado a estimular a criação e posterior contratação das chamadas empresas de 'medicina de grupo' para assumirem a tarefa. Essas, ao mesmo tempo em que restringem as ausências ao trabalho, controlam a saúde dos trabalhadores, apressam sua recuperação e retorno ao trabalho e seus serviços são vistos como um benefício social até pelos sindicatos de trabalhadores.

Comentando as experiências etnográficas de Roy, Ditton, Cavendish e Clark, que quando investigavam se fizeram passar por trabalhadores comuns, Hassard (1992) vê nas estratégias desses agrupamentos observados uma tentativa de retirar o caráter linear do tempo, imposto pelas organizações no capitalismo, quebrando, por períodos curtos, o tempo de trabalho e recuperando, em parte, o domínio do que fazem. Para Roy, no entanto, essa seria uma estratégia contra o tédio e a alienação, enquanto para Cavendish e Ditton, mais uma das explicitações do conflito entre capital e trabalho.

Ao referir-se a semelhante observação de Linhart, Dejours (1987:126-132) afirma que a virtude desses 'jogos' está no seu caráter simbólico, pretendendo desafiar cadências, dominar o tempo, ser mais forte que a organização, mas adverte que embora não se deva subestimar o benefício mental dessas estratégias, não se pode deixar passar em silêncio seu modesto valor funcional e sua dimensão estreita ante o sofrimento, afirmando que a realidade do trabalho 'taylorizado' não é tanto devido ao ritmo, mas à violência que a moderna organização do trabalho exerce sobre o funcionamento mental.

Todas essas estratégias grupais ou individuais de driblar a organização do trabalho têm para Dejours (1992) caráter 'defensivo'. Sem dúvida, reduzem o tempo de trabalho, principalmente no caso do absenteísmo, mas o que Hassard e Dejours chamam a atenção, por ângulos diferentes, é de que não se trata apenas de uma mera disputa quantitativa do tempo de trabalho, mas do significado simbólico que grupos sociais e indivíduos dão a seu próprio tempo, ou seja, às suas vidas, em parte expropriadas.

---

[138] Silva Filho (1992).

A medição do tempo de trabalho está ligada ao conceito de mercadoria, estando alinhados a esse conceito o desenvolvimento da economia industrial e as inovações tecnológicas. Se há um tempo para produzir, o próprio tempo de trabalho, trabalho comprado em horas, passa a ter um valor, valor de mercadoria. Assim, quanto mais acelerada a produção, ou seja, realizada em menor tempo, mais tempo existe para produzir e maior é a acumulação do capital. Se o trabalhador que vende suas horas de trabalho é levado a produzir mais, maior ganho terá o capitalista que compra sua força de trabalho, pagando-lhe o mesmo valor. O tempo no modo de produção capitalista linear, uniforme e medido, adquire as características de mercadoria. Para Hassard, tal paradigma do tempo leva às seguintes metateorias: o tempo é mensurável, objetivo, homogêneo e divisível ao infinito; o passado não pode se repetir, o presente é efêmero e o futuro se presta a uma exploração infinita; o tempo é um recurso que se presta a uma infinidade de atividades; o tempo é vivido como uma sucessão, mas também como uma condição-limite.

Essas metateorias, para Hassard, conduzem ao paradigma de que o tempo de trabalho é um bem limitado, cujo valor aumenta à medida que se rarefaz e vice-versa. É dentro desses pressupostos que se situam as pesquisas sobre economia, processos de trabalho e as inovações tecnológicas. A fragmentação temporal e espacial dos produtos e processos era e continua sendo uma exigência do capital, a requerer a coordenação correspondente e suficientemente precisa, tanto no interior da empresa como no seu relacionamento com as demais, coordenação que pressupõe planejamento e a construção de um quadro temporal preciso. De fato, no segundo ciclo da Revolução Industrial, mais do que no primeiro, quando ainda era bastante comum o pagamento por produção, o controle do tempo de trabalho passou a ser uma questão fundamental para o capitalismo, em decorrência da forma de pagamento haver passado a ser por horas de trabalho. Conquanto essa forma de pagamento, hegemônica no atual período de desenvolvimento do capitalismo, não deva desaparecer, vêm surgindo ou ressurgindo outras formas de pagamento, mais próximas à compra por produção do que por horas trabalhadas. Essa seria uma das características do ciclo atual, designado por Harvey (1989) de "acumulação flexível". Flexibilizar a produção significaria, ao mesmo tempo, descentralização, terceirização, trabalho informal, trabalho 'autônomo', retorno ao trabalho doméstico, já bastante comum nos chamados tigres asiáticos. Um retorno, porém, muito diferente do trabalho artesanal que antecedeu a Revolução Industrial e mais parecido com as brutais exigências dos seus primórdios. O fato é que as novas tecnologias de instrumentos e as novas formas de organização do trabalho caminham, coerentemente, com o modo de produção capitalista, no sentido de fechar os 'poros' ou 'tempos mortos' da produção, quer dizer, das máquinas e dos que trabalham.

Se essas estratégias maiores, estruturais e mais dinâmicas do capital, superam as estratégias dos trabalhadores, defensivas ou não, tenham maior ou menor conteúdo simbólico no controle do trabalho e sobre suas conseqüências, elas também colocam em xeque a tese do desenvolvimento tecnológico enquanto meio de superação da patogenia intrínseca do trabalho no modo de produção capitalista.

O processo alienante do trabalho se mantém no curso do atual ciclo de desenvolvimento, mesmo que se queira dar adeus ao taylorismo e ao fordismo. Mudam, sem dúvida, vários aspectos de seu caráter, mas o conteúdo e as conseqüências do trabalho abstrato persistem. Saliente-se, no caso do Brasil, que o problema principal talvez não seja de transposição de modelos, até porque estamos fadados a incorporá-los, de uma ou outra maneira, independentemente de serem ou não adequados às peculiaridades do desenvolvimento do capitalismo brasileiro e às diferenças culturais entre nosso País e os outros, sejam eles precoce ou tardiamente industrializados.

Questionado o pressuposto das inovações tecnológicas atuarem como instrumento ou meio de resolver problemas para os quais nunca foram cogitadas, qual seja, o da eliminação da patogenia do trabalho; reconhecendo a baixa eficácia das insubmissões ou estratégias coletivas ou individuais de caráter 'defensivo', como apropriadamente identifica Dejours, forjadas espontaneamente dentro das organizações para reduzir seus efeitos; tomando-se como dado de realidade que o capitalismo parece estar longe de ter esgotado sua capacidade de expandir as forças produtivas, os trabalhadores, enquanto classe subalterna, terão que continuar elaborando movimentos de resistências para a preservação de sua capacidade de trabalho e de sua saúde. Esta é uma questão vital e é esse o seu destino.

Não se deve, contudo, acusar de omissão o movimento sindical e os trabalhadores. Além de haver uma cultura, em todas as camadas sociais – e não só no Brasil – de que saúde e assistência médica são sinônimos e que só se protege a primeira com a segunda, trata-se do desequilíbrio de poder entre capital e trabalho. Tal desequilíbrio pode ser atenuado com o conhecimento produzido e socializado dentro da classe trabalhadora, solidamente alicerçado nas ciências do homem, possibilitando que se forjem políticas e práticas autônomas em saúde que transcendam à assistência médica, às compensações previdenciárias e trabalhistas cobradas dentro do formalismo jurídico institucional e do populismo denunciatório.

Em circunstâncias ainda tão desfavoráveis não é de surpreender o ativismo, às vezes exagerado, cúmplice e talvez ingênuo, de técnicos de nível superior de dentro do aparelho do Estado ou contratados pelos sindicatos de trabalhadores, médicos em sua maioria, que se fazem ideólogos e até substitutos sindicais, com o impróprio beneplácito de dirigentes acomodados.

Agora, ante o estreito gargalo das possibilidades de negociação sobre uma pauta econômica, percebe-se uma discreta inflexão por parte do movimento sindical, quem sabe ilusória, para políticas e ações voltadas para a saúde no trabalho, que podem colocar melhor a questão no *ranking* das reivindicações junto ao patronato, justo quando alguns sociólogos – que não são poucos nem desconhecidos – vêm declínio e crise de representatividade do movimento sindical em todo o mundo, fragilizado, afirmam, nesse período de oligopolização e globalização.

A socialização do conhecimento e sua decodificação pela classe trabalhadora é, nos dias atuais, uma questão crucial, provavelmente mais que nos ciclos anteriores do desenvolvimento capitalista. Não se trata, porém, de apenas capacitar dirigentes sindicais e lideranças intermediárias para que assumam discursos e, quiçá, práticas 'politicamente corretas' que garantam a cadeia sucessória do seu grupo na entidade, procedimento bastante comum a todas as correntes sindicais, mas de socializar o saber para toda a classe trabalhadora, permitindo que as bases organizadas e conscientes das diversas categorias formulem propostas e negociem inclusive diretamente nos próprios locais de trabalho. Não se trata de propor o retorno à tese da 'ação direta' dos anarquistas, tentada no primeiro ciclo do desenvolvimento do capitalismo industrial no País, mas de estabelecer a unidade na ação entre base e representação sindical. Embora necessidade urgente, seus resultados não virão a curto prazo.

A dificuldade de uma política no campo do conhecimento e de uma socialização dessa ordem não se circunscreve, entretanto, às dificuldades materiais, sempre contornáveis, mas à contrapolítica de informação e dos meios de comunicação de massa, monopolizados pelo capital, que 'fazem a cabeça' do trabalhador no sentido oposto.

## Estratégias ofensivas

A opção histórica dos trabalhadores pela redução da jornada de trabalho como forma de defender, ao mesmo tempo, o valor do trabalho e preservar a capacidade técnica e a saúde faz sentido e é atual por várias razões.

A ameaça permanente e maior é a de não poder trabalhar. A estratégia do capital ao incorporar a mulher e o menor no mercado do trabalho, desde o primeiro ciclo da Revolução Industrial, fez dessa ameaça uma realidade candente. Os efeitos dessa incorporação sobre a vida e a saúde dos trabalhadores e, especialmente, dos filhos que permaneceram em casa, foram desastrosos, atestados pela elevada mortalidade infantil resultante. A classe trabalhadora inglesa resistiu e, afinal, obteve em

1833 uma primeira legislação específica regulamentando o trabalho da mulher e da criança, estabelecendo condições de trabalho, limites de idade e proibição de trabalho noturno para menores de 13 anos.[139]

Marx descreve, exemplificando, as condições de trabalho em vários ramos industriais da Inglaterra, Escócia, Irlanda e em outros países. Elas são caracterizadas sempre por jornadas acima de 12 horas que começavam de madrugada e varavam o dia e a noite. Depois de um período soturno que durou quase meio século, um primeiro esboço de legislação específica do trabalho foi feito, mas sua execução obstaculizada, seguramente porque tratou de regulamentar a parcela mais numerosa e lucrativa da força de trabalho, constituída de mulheres e menores mais recentemente ingressadas no mercado de trabalho. Foram fortes as pressões do patronato sobre os legisladores e sobre as autoridades do trabalho, e grande a desobediência.

A redução da jornada de trabalho por intermédio de uma regulamentação legislativa originalmente destinada à indústria têxtil e que em meados do século XIX se expandiu para todos os setores industriais, teve forte impacto favorável sobre a saúde dos trabalhadores, até para os "mais míopes", nas palavras de Marx, que fez uma advertência bem atual:

> *A história... e a luta... para se obter essa regulamentação demonstram palpavelmente que o trabalhador isolado, o trabalhador como vendedor livre de sua força de trabalho sucumbe sem qualquer resistência a certo nível de desenvolvimento da produção capitalista. A instituição de uma jornada normal de trabalho é, por isso, o resultado de uma guerra civil de longa duração, mais ou menos oculta, entre a classe capitalista e a classe trabalhadora.* (Marx, 1975)

Em 1848, a França e a Alemanha foram palcos de revoltas e massacres de trabalhadores. Nos Estados Unidos, a campanha pela jornada de oito horas iniciada com uma greve em maio de 1886 teve, como saldo imediato, a prisão e enforcamento, em Chicago, dos seus principais organizadores, homenageados com a institucionalização do primeiro de maio como Dia dos Trabalhadores.

No Brasil, não foram os trabalhadores fabris que primeiro conquistaram a jornada de oito horas, mas outras categorias como as da construção civil, chapeleiros e graniteiros, após greves setoriais no decorrer de 1907. Esse aparente paradoxo se deve, principalmente, ao fato de tais categorias estarem organizadas em associa-

---

[139] "O valor da força de trabalho era determinada não pelo tempo de trabalho necessário para manter individualmente o trabalhador adulto, mas pelo necessário à sua manutenção e a da sua família. Lançando à máquina todos os membros da família do trabalhador no mercado de trabalho, reparte ela o valor da força de trabalho do homem adulto pela família inteira. Assim desvaloriza a força de trabalho do adulto (...) O capital não tem a menor consideração com a saúde e com a vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o compele a respeitá-las... O estabelecimento de uma jornada normal de trabalho é o resultado de uma luta multissecular entre o capitalista e o trabalhador." (Marx, 1975).

ções que incorporavam muitos mestres e artesãos, parte deles imigrada da Europa, e os patrões serem pequenos empreiteiros, muitos da mesma procedência e origem de classe, o que possibilitava diálogos e acordos. Maiores dificuldades tiveram as categorias fabris, como a têxtil, que lidavam com grandes, distantes e reacionários empresários, cujas empresas eram extremamente vigiadas e controladas e onde o nível de organização dos trabalhadores era baixo, em decorrência das perseguições, ameaças e prisões.[140]

O tema saúde subjaz nas reivindicações e lutas dos trabalhadores de todo o mundo, mas raramente teve primazia explícita nas políticas e ações sindicais. Ganhou mais presença nos períodos pré-monopolista e monopolista do capitalismo quando eles se fizeram "classe trabalhadora",[141] isto é, adquiriram consciência de classe quando, paralelamente, o número e a gravidade dos acidentes e doenças do trabalho se tornaram crescentes e a sociedade começou a ficar sensibilizada com essa tragédia cotidiana, alertada por várias e freqüentes catástrofes. As doenças do trabalho, provavelmente mais numerosas, mesmo quando tipificadas como profissionais, permaneceram e ainda permanecem negadas e ocultadas.

A questão da saúde relacionada diretamente ao trabalho em nosso País tem tido uma trajetória parecida e, mais uma vez, retardada. Ela constava da pauta de reivindicações dos trabalhadores em muitas das suas greves nas duas primeiras décadas deste século século e esteve presente de modo mais ou menos recorrente na imprensa sindical, sem suscitar movimentos específicos, devido ao incipiente desenvolvimento industrial. Algumas associações de artesãos e organizações operárias começaram a prestar assistência médica e beneficente que parecem ter inspirado a criação de caixas de beneficência normalizadas pela Lei Eloy Chaves.

A greve geral de 1917 em São Paulo, da qual teriam participado 50 mil trabalhadores, de alguma maneira contribuiu com as condições de trabalho. Mas os primeiros movimentos dos trabalhadores inclinavam-se, com razão, para questões mais gerais, de sobrevivência, como salário, emprego e jornada de trabalho.[142]

Algumas reivindicações específicas sobre saúde aparecem nas pautas das negociações com o patronato no primeiro quarto do presente século. A primeira greve dos bancários, em Santos e no BANESPA, entre outras reivindicações, cobrava a reintegração de funcionários tuberculosos demitidos. Quando da greve nacional dos bancários em 1933, além da estabilidade no emprego após seis meses de trabalho, foi colocada

140 CARONE (1979:85-109); FRENCH (1995:20-29).

141 THOMPSON (1987:11-38); HOBSBAWN (1981:184-208).

142 NORONHA (1994).

a necessidade de um instituto de aposentadoria e pensões próprio, criado logo a seguir sob a denominação Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), sobre o qual o sindicato passou a ter forte influência.

Seguindo mais ou menos a trajetória do sindicalismo internacional, o movimento sindical brasileiro, que emergiu nos anos 30, priorizou a questão da saúde sob o ângulo da reparação, colocando à margem a questão da prevenção que colidia frontalmente com o capital industrial. Sem dúvida, a recuperação e compensação financeira da capacidade de trabalho perdida, temporária ou definitivamente, eram necessidades da classe trabalhadora, mas eram também, dentro de certos limites e por outras razões, preocupação do capital e do Estado. Os limites eram dados, justamente, pelo descompromisso com a prevenção de acidentes e doenças que requerem investimentos presumivelmente maiores do capital, como modificações profundas nos processos de produção que implicassem trocas de equipamentos, matérias-primas e regime de trabalho, e de uma intervenção fiscalizatória mais eficaz do Estado que colidisse com a doutrina liberal e os interesses do empresariado.

Todavia, o problema existia e se tornava cada vez mais grave e público, em que pese sua ocultação, até que começaram as pressões do movimento sindical mundial e nacional e das organizações internacionais relacionadas ao trabalho junto ao governo brasileiro, levando-o a normalizar a questão mediante a adoção de uma legislação específica e um aparelho próprio no âmbito do Ministério do Trabalho. Foi com base nessas pressões, tornadas exigências legais, que as Comissões Internas de Prevenção de Acidente (CIPAS) e os Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) das empresas foram criados, ao mesmo tempo em que o mesmo ministério tomava para si a responsabilidade de especializar médicos do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança. Os seguidos regimes de exceção vividos pelo País facilitaram o intervencionismo do Estado.

Durante o Estado Novo, entre 1937 e 1945, e as ditaduras militares pós-1964, a classe trabalhadora, sem representações fidedignas do ponto de vista político e sindical, passou um longo período em silêncio sobre suas condições, ambientes e relações e organização do trabalho, limitando-se a ouvir os discursos do Estado e patronais a respeito dos 'atos inseguros' e sobre a auto-responsabilidade do trabalhador quanto aos acidentes e doenças do trabalho.

A insubmissão, porém, estava viva e a questão se tornou aberta com a publicação anual das estatísticas de acidentes, incapacitados e mortos pelo trabalho, a partir de 1970. Bastou um leve afrouxamento do regime militar no fim da mesma década, para que ela emergisse com força. É nesse momento e circunstância, em 1979, que 30

sindicatos e quatro federações de trabalhadores criam a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), que dá origem, no ano seguinte, ao Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde e dos Ambientes do Trabalho (DIESAT). É esse órgão e sindicatos filiados, principalmente, que na década de 80 vão elaborar os contradiscursos e contrapráticas não hegêmonicas na área e do qual partem os estímulos para a constituição de comissões e núcleos de saúde e trabalho em várias entidades sindicais.

Com o fim gradual e lento do regime de exceção, são esses núcleos e comissões de saúde sindicais, com apoio técnico do DIESAT e a interveniência cada vez mais freqüente de técnicos de órgãos estatais, alguns recém-criados com a finalidade específica de intervir nessa área – os centros de referência e/ou programas de saúde do trabalhador –, que começam a tornar menos encoberta a patogenia do trabalho.

A primeira greve deflagrada no Brasil tendo como único motivo uma questão de saúde foi em uma empresa química, em 1983, a Ferro-Enamel, situada em São Bernardo do Campo, São Paulo, que produz pigmentos corantes, onde ocorreu contaminação por vapores de chumbo em mais de uma centena de trabalhadores.[143] Outros movimentos importantes conduzidos por sindicatos, mas sem o mesmo nível de organização e confronto, vieram a acontecer na mesma década em várias indústrias químicas e metalúrgicas.

Para melhor compreensão dessa heterogeneidade montou-se o Quadro 2, a seguir, sobre os mais documentados movimentos coletivos de trabalhadores em torno de doenças do trabalho, todos, exceto um, ocorridos no estado de São Paulo, considerando-se como principais fontes dois livros da época produzidos no DIESAT.

Tais movimentos pela saúde tiveram eficácia e importância proporcionais ao nível de organização dos trabalhadores nesse campo específico e ao envolvimento de suas bases na ação. Não há registro de vitórias, se como tal quiser se entender a satisfação plena das reivindicações colocadas por cada um, privilegiando sempre as modificações dos processos de produção e trabalho. Algumas foram atendidas e é provável que nas empresas envolvidas os níveis de sujeição aos agentes diretamente incriminados tenham sido reduzidos. Muitos trabalhadores, porém, já estavam inativos e com sua capacidade de trabalho irreversivelmente comprometida. Outros, por temerem comprometê-la com a perda definitiva da saúde, se demitiram; mas, provavelmente, o ganho maior foi em termos de 'tomada de consciência' e de identidade como classe social, de solidariedade na ação, da certeza de que é possível dentro de conjunturas dadas, mesmo adversas, refazer muita coisa por intermédio da atividade política.

---

143 DIESAT: *Insalubridade: a morte lenta no trabalho* (1989:113-134).

Quadro 2 – Principais movimentos de trabalhadores pela saúde ocorridos em São Paulo e Rio de Janeiro, 1970-1994

| Ano | Cidade | Empresa | Doença | Agente | Categoria |
|---|---|---|---|---|---|
| 70-79 | Jundiaí | várias | silicose | sílica | ceramista |
| 79-85 | Pedreira | várias | silicose | sílica | ceramista |
| 83-87 | Cubatão | Cosipa | intox. | benzeno | metalúrgica |
| 83-85 | SBC | VW | surdez | ruído | metalúrgica |
| 83-84 | SBC | F. Enamel | intox. | chumbo | químicos |
| 85-87 | Volta Redonda | CSN | intox. | benzeno | metalúrgica |
| 85-86 | SCS | Matarazzo | intox. | benzeno | química |
| 85-86 | Osasco | Aramante etc. | intox. | gases | metalúrgica |
| 86 | SP | N. Química | intox. | $S_2C$ | química |
| 87-88 | Santo André | E. Cloro | intox. | mercúrio | química |
| 86-87 | SP | estatais | LER | esforço repetitivo | proc. de dados |
| 90- | SP/Campinas | bancos | LER | esforço repetitivo | bancária |

Fontes: Ribeiro & Lacaz (1984); Diesat (1989)

Os movimentos relacionados no quadro emergem no setor industrial, à exceção dos dois últimos, relacionados às LER. Começam na cidade de Jundiaí, onde estavam localizadas muitas das maiores empresas do ramo cerâmico e prosseguem na cidade de Pedreira, onde estavam concentradas outras menores. São indústrias de louças, vale dizer, bens de consumo, cujos processos de produção em muitas das suas fases, especialmente na mistura, eram abertos e manuais, liberando extraordinária quantidade de poeira rica em sílica. Vivia-se em plena ditadura militar, os sindicatos ceramistas das duas cidades não eram grandes e um deles, o de Pedreira, estava longe de ser aguerrido. O respaldo técnico do movimento foi obtido junto aos profissionais que trabalhavam no Laboratório de Provas de Função Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, então único serviço credenciado pela Previdência Social para realizar exames sobre a capacidade respiratória e de trabalho em seus segurados. Foi do movimento dos ceramistas de Jundiaí que nasceu a idéia do Diesat.

Os outros movimentos no setor industrial ocorreram todos na década de 80, em indústrias metalúrgicas e químicas, duas delas siderúrgicas e pesadas, a Companhia Siderúrgica Paulista (Cosipa) e a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN). Estas têm em comum certa complementariedade e integração produtivas e são contemporâneas do processo de industrialização pesada capitaneado pelo Estado brasileiro em meados do século. À exceção do movimento na Volkswagen (VW) contra a surdez, os outros foram conseqüências de intoxicações por gases e vapores, invariavelmente de caráter crônico. No caso específico do

benzeno, afora a indústria Matarazzo, absolutamente obsolescente e que acabou fechando, as intoxicações ocorreram naquelas siderúrgicas paraestatais, de grande porte, responsáveis até hoje por uma significativa parte da produção nacional de aço e laminados.

As Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSAT), realizadas primeiro pela Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT) e as demais pelo DIESAT, percebe-se que, ao analisar os temas propostos, os oito primeiros referem-se à precariedade das condições e ambientes físicos do trabalho, comum no setor fabril, cuja causalidade do adoecimento é material. As quatro últimas debruçam-se sobre as relações sociais e de trabalho, determinantes 'modernos' e difusos do modo de adoecer dos trabalhadores nos vários setores e categorias, sem nexo direto de causalidade.

Em fins da década de 80, a Central Única dos Trabalhadores (CUT) criou um órgão de pesquisa próprio no mesmo campo, de vida efêmera, o Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador (INST), com financiamento de uma central sindical italiana. A existência de dois órgãos intersindicais atuando na mesma área, em um momento especialmente difícil para o movimento sindical, preocupado com a recessão econômica e o desemprego, fragilizou o DIESAT e o desenvolvimento de políticas e estratégias de ações sindicais unificadas na área da saúde.

## O movimento sobre as LER

Independentemente de sua origem, motivação e objetivos, os movimentos sociais transitam em tempos e espaços finitos, conduzidos por forças que os impulsionam ou poderão favorecê-los, em confronto com outras mais ou menos refratárias, conhecidas ou não, que precisarão ser vencidas ou contornadas. Por isso mesmo, o caráter desses movimentos é essencialmente conjuntural, inerentemente político e dinâmico, daí sua relativa imprevisibilidade. É o exercício da política que vai definir as ações, vale dizer, os meios e instrumentos para atingir os objetivos, cuja enunciação pode ser clara, mas os resultados não necessariamente lhe correspondem. Esses dependerão das forças em jogo, das estratégias e da competência política das partes e, ainda, das negociações possíveis e necessárias a qualquer conflito.

No caso do movimento dos bancários para a construção de uma intervenção coletiva sobre a questão LER, um dos objetivos é a redução do impacto negativo do processo e administração do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores da categoria; mas, a despeito dos aspectos técnicos que envolvem a questão desse e de outros modos de adoecimento do trabalho, sua gênese, por ter uma determinação social e política, impõe saídas de igual teor.

As técnicas de prevenção voltadas para as condições, ambientes e administração do trabalho e de cuidados médico-assistenciais são mediações que devem ser incorporadas ao processo de negociação política. Se assim não fosse historicamente em todos os ciclos de desenvolvimento e crise do capitalismo, não haveria carências de investimentos nos campos da medicina, engenharia, ergonomia e de outras ciências e disciplinas afins, para evitar acidentes e doenças do trabalho cujas medidas técnicas são razoavelmente conhecidas. Se as doenças do trabalho podem ser tecnicamente prevenidas e seus danos reparados, então por que a necessidade de movimentos sociais dessa ordem?

Medidas de caráter técnico quando não postas em execução, significam que o embargo é de outra natureza, em geral político-econômico e social, começando, concretamente, pelo desinteresse do capital pela saúde do trabalhador fora da contingência de ser um dos componentes da capacidade de trabalho, ou seja, a saúde só é lembrada quando sua perda ou a luta em sua defesa põe em risco a produção.

A subordinação da técnica à política não significa abdicar da primeira e dos seus anteparos científicos, indispensáveis a qualquer intervenção eficaz no campo da saúde e do trabalho; mas para torná-los disponíveis é preciso que o movimento social os preceda. Não fosse assim, inexistiriam razões para que a intervenção cogitada tivesse mais esse caráter, de ser coletiva, proposição sabidamente difícil por requerer uma ativa participação e negociações difíceis entre os sujeitos.

Depreendem-se, dessas premissas, outras duas: como movimento social, será sempre um processo condicional, passível de acontecer, como já vem acontecendo, mas que não se sabe até onde irá quanto aos seus objetivos, declarados ou não. Essa narrativa é pois sobre uma experiência inacabada, porque em curso. Ela se faz sobre o andamento da construção dessa experiência, iniciada em 1992, que toma como marco referencial principal o primeiro Encontro sobre LER dos trabalhadores do BANESPA, realizado em agosto de 1994, quando os adoecidos, suficientemente sensibilizados, passaram a responder o questionário sobre LER proposto e, dessa forma, contribuíram com depoimentos aqui analisados. Passados cinco anos é preciso relatar e comentar o que se seguiu.

A estreita convivência com os bancários adoecidos ao longo desses anos, e a análise dos depoimentos, permite-nos afirmar ter havido uma inflexão importante das perspectivas e comportamentos dos adoecidos do BANESPA no sentido de superar, ao menos em parte, a subjetividade do seu sofrimento, tendendo substituí-la pela intersubjetividade e por propostas que refletissem um conjunto de preocupações e demandas novas e coletivas. O conhecimento que passaram a ter de que são vítimas de um adoecimento coletivo e do trabalho, afora o alívio de despojá-los da autoculpa

inculcada, aponta para modos de minimizar seus problemas e de, ativamente, antecipar-se ao adoecimento de outros, vale dizer, dos companheiros de trabalho que vivenciam a mesma ameaça. O desdobramento esperado e que vem acontecendo é o do envolvimento dos trabalhadores não adoecidos do Banco, de outros bancos e de segmentos sociais externos, inclusive de outras categorias de trabalhadores, ainda insuficientemente ou não sensibilizados e mobilizados.

Para os bancários adoecidos, a questão LER vem agora sendo vista sob outra ótica, como questão de todos, ou seja, de saúde pública. O desafio é como transformar esse conhecimento em ação. Saem da sua trincheira individual para uma outra, coletiva é verdade, mas ainda uma trincheira, ocupada quase unicamente por eles, os adoecidos. A preocupação agora é como deslocar-se dessa posição defensiva e quebrar o confinamento social a que têm sido levados.

Uma das ações está implícita na escolha dos locais dos dois referidos Encontros, a Faculdade de Saúde Pública e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, explícita no passo seguinte, de obter da Universidade o reconhecimento institucional de que as LER são um sério e crescente problema de saúde pública, a demandar pesquisas e ações correspondentes à sua importância. Nos corredores da Faculdade de Saúde Pública, às vezes se falava da doença. Profissionais dos serviços de saúde do trabalhador que acorrem ao seus cursos comentavam que as LER, nos cinco últimos anos, passaram a ser responsáveis, no mínimo, por mais de um terço da demanda dos serviços onde trabalham. Começaram, então, a aflorar projetos de dissertação de mestrado e teses de doutorado sobre o tema; mas ainda não havia um compromisso maior da Universidade de se fazer sujeito e interferir nos limites de sua responsabilidade e competência.

A assunção de uma responsabilidade institucional começou com o convênio celebrado entre a Universidade de São Paulo (USP) e a Secretaria de Estado da Saúde, tendo como executor a Faculdade de Saúde Pública, para a realização de uma série de oficinas de trabalho sobre LER, em 1995, que resultou no livro intitulado *LER: Conhecimento, Práticas e Movimentos Sociais*,[144] que foi largamente distribuído aos sindicatos de trabalhadores, empresas, serviços de saúde e bibliotecas.

Em 1996, a Universidade de São Paulo, ainda por intermédio da Faculdade de Saúde Pública, foi mais além. Juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com a Federação dos Bancários do Estado de São Paulo e a do Mato Grosso do Sul, o Sindicato dos Bancários de Campinas e Região e a AFUBESB, elaboraram o Programa para a Prevenção e Detecção, Diagnóstico e Tratamento Preco-

[144] RIBEIRO (1997).

ces e Seguimento das LER na Categoria Bancária. Em curso, ele merece alguns comentários pelo que inova em termos de estratégia de enfrentamento das LER no campo da saúde pública.

Em primeiro lugar, a prevalência das LER é desconhecida e o levantamento dos casos já diagnosticados, por categoria, uma necessidade. Sem isso é impossível conhecer a prevalência e incidência da doença. Outra dificuldade para o encaminhamento da questão LER, enquanto problema de saúde pública, é o diagnóstico tardio, que leva às conseqüências relatadas. No caso dos trabalhadores do BANESPA, que foram estudados, entre os primeiros sintomas e a ida ao médico, o tempo médio foi de 11 meses. Discutiu-se as razões dessa demora e não se retornará ao assunto. A necessidade de reduzi-la é impositiva. Provavelmente, a socialização de conhecimentos que as entidades representativas dos trabalhadores, principalmente, vêm promovendo, devem-na ter encurtada. Ainda assim, os diagnósticos continuam a ser tardios, até porque as causas da protelação da ida ao médico não foram suficientemente aclaradas e ainda persistem. Parece, portanto, bastante pertinente ir ativamente em busca de doentes ocultos ou ocultados, como faz o programa em curso da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria de Saúde do Estado, juntamente com aquela Federação e aquele sindicato.

Essa busca ativa deve surpreender a doença em seus estados iniciais, quando a reversão das lesões é possível. Independentemente desse objetivo, a aproximação com uma parcela considerável de bancários e a convocação da subpopulação suspeita, não necessariamente doente ou doente em estado incipiente, além de trazer novos conhecimentos, deverão alargar o movimento. Isso constitui um passo adiante na construção da intervenção social pretendida, envolvendo agora a Universidade e a principal gestora da saúde no estado, a Secretaria de Saúde.

Além de circunstâncias favoráveis e construídas no decurso do movimento, há, no entanto, muitos embargos, a começar pelas razões que fazem das LER uma doença emblemática.

Sabe-se que o sistema financeiro brasileiro vive momentos tumultuados, anunciados com uma intervenção que parecia exemplar no Banco do Estado de São Paulo, colocado na berlinda como símbolo da inépcia e corrupção, por ser, apregoava-se, uma instituição financeira sob controle administrativo e acionário estatal. Mal acontecera, sucederam-se os grandes escândalos do Banco Nacional, do Banco Econômico, do Bamerindus e outros, todos de propriedade privada. Outros, menores, foram à falência ou absorvidos. Nos bancos privados o Banco Central interviu, injetando enormes quantias de dinheiro, ficando com sua parte 'podre', isto é, créditos de

difícil ressarcimento e, após 'saneá-los', tem diligenciado a passagem do seu controle acionário para outros grupos econômicos maiores, aparentemente mais sólidos, alguns sob controle acionário internacional.

Decorridos quase cinco anos, a intervenção do BANESPA se manteve. Sua dívida com a União – na verdade, dívida do governo do estado de São Paulo com o Banco – superou a casa dos 20 bilhões de reais e continua crescendo, tornando cada vez mais difícil uma solução sem traumas. Uma das medidas já em curso tem sido a demissão maciça de trabalhadores. De dezembro de 1994 a dezembro de 1996 houve uma redução de 8.044 empregos no Banco, suspeitando-se que ela seja direcionada para os 'menos produtivos', entre os quais, presume-se, os adoecidos de LER.

A 'crise bancária' não tem impedido os bancos de obterem grandes lucros, substituindo o ganho inflacionário pré-adoção do Real com o aumento das taxas de serviços, responsáveis em nove dos maiores bancos privados pela fantástica receita de 4,3 bilhões de reais em 1996. No entanto, o desemprego dessa área aumenta: 127.647 empregos foram eliminados nas instituições bancárias entre dezembro de 1994 e dezembro de 1996. Certamente o temor do desemprego tem crescido, precipitado o retorno ao trabalho de adoecidos e inibido a revelação dos sintomáticos ainda sem diagnóstico médico. Provavelmente um número menor dos que ainda não hajam se revelado doentes estarão buscando o atendimento médico e o reconhecimento do seu estado, receosos da perda de presumidos direitos; outros continuarão a ocultá-lo, mantendo-se trabalhando, com receio de uma possível demissão.

Em maio de 1996 tomou posse uma nova diretoria na AFUBESP, de oposição à anterior. Suas prioridades políticas eram outras e a questão da saúde e sobre as LER foi arrefecida. Diante dessa mudança é compreensível que a mobilização dos trabalhadores do BANESPA entrasse em compasso de espera e a expansão do movimento se desse em outros bancos e lugares.

Fora desse espaço e lugar mais próximo e conhecido, quais as perspectivas e limites desse e de outros movimentos suscitados por essa doença?

Um dos fatos relevantes diz respeito à explosão das Lesões por Esforços Repetitivos nos primeiros anos da década. Pela primeira vez colocou-se no topo das doenças do trabalho uma sem agente causal imediato e definido, conferindo à questão nuanças muito particulares.

Negadas pelas empresas e com um número cada vez maior de vítimas, elas despertaram um movimento social para o seu reconhecimento como doença do trabalho que precisou, ao mesmo tempo, de convincente conteúdo denunciatório e de quem lhes desse ouvidos. Seu trânsito, no começo, foi facilitado por ocorrer em uma unidade

vital – os centros de processamento de dados de grandes empresas estatais –, em uma subcategoria de trabalhadores, os processadores e analistas de dados, nova, pequena e valorizada no mercado de trabalho, no início de difícil reposição – parte empregada em instituições financeiras e vinculada à categoria bancária e aos seus sindicatos –, parte empregada em grandes organizações de serviços públicos e vinculada a um sindicato recente. Foi este sindicato que fez do reconhecimento oficial das LER uma das suas bandeiras de afirmação e luta. Não sem razão, a portaria ministerial designou a doença, restritamente, como 'tenossinovite em trabalhadores de processamento de dados' e fez referência explícita ao sindicato demandante. Observe-se que as LER emergiram em categorias de trabalhadores que pertencem a estratos médios da população, com nível de representação, organização e prestígio social acima da média.

Em um segundo momento, a ocorrência crescente de casos em outras categorias e ocupações tornaram flagrante o caráter restritivo da portaria ministerial, fazendo com que outros sindicatos dos trabalhadores, tendo à frente os citados, buscassem as instituições normalizadoras e médico-assistenciais, entre elas os serviços estatais especificamente voltados para a saúde do trabalhador. Muito do mérito pela rapidez do reconhecimento das LER por parte da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo se deve a essa aliança e, no nível central dessa secretaria, aos ouvidos acolhedores dos seus técnicos, que entenderam a legitimidade da demanda, resultando na publicação, em 1992, de uma portaria com uma norma técnica específica, de âmbito estadual.

As LER têm muitas outras características, além das descritas. Uma delas é ocorrerem, praticamente, em todas as categorias de trabalhadores nos três setores da economia, a grande maioria no industrial e de serviços, na qual se concentram 90% da força de trabalho do País, ou seja, em torno de 60 milhões de trabalhadores. Há em tese, portanto, a possibilidade de o movimento se tornar mais amplo diante de ameaça tão onipresente.

Mas os sindicatos que representam as categorias mais sujeitas a adoecer de LER têm, particularmente no campo da saúde, níveis de organização, estratégias e perspectivas muito heterogêneas. Na categoria metalúrgica, em que se supõe que a prevalência seja das mais elevadas, uma vez que é a mais numerosa entre as categorias de trabalhadores das indústrias de transformação e várias vezes maior que a bancária, o conjunto dos seus sindicatos tem dado uma atenção muito aquém que a gravidade da questão merece.

Mesmo na categoria bancária, a primeira ou segunda em número de casos notificados e hegemônica no movimento, é visível a heterogeneidade quanto às preocupações dos sindicatos no campo da saúde, havendo desde sindicatos indiferentes ao tema saúde e LER, até os que o assumiram com maior decisão, colocando-se na vanguarda do movimento.

Tomando-se como referência os sindicatos bancários paulistas nos últimos cinco anos, seus jornais vêm aumentando a freqüência de notas sobre LER e têm sido editadas cartilhas e alguns textos mais densos, como monografias, revistas e livros. Além dessa ação no campo da informação, um número menor tem investido para a qualificação de dirigentes no campo da saúde, constituindo núcleos e contratando assessoria técnica em saúde. É assentada nessa organização incipiente que vêm sendo formuladas políticas e estratégias e executadas algumas ações. Apesar da escolaridade e da maior possibilidade de circulação de idéias na categoria bancária estar bem acima da maioria das demais categorias de trabalhadores, a concepção hegemônica que faz da saúde é de um bem que pode ser preservado ou recuperado, via prestação de serviços médico-assistenciais, no particular, não diferindo da dos demais trabalhadores e da população em geral, com a circunstância que logram obter essa assistência com maior liberalidade e, aparentemente, com melhor qualidade.

No entanto, embora alguns sindicatos bancários como o de Campinas – que há 15 anos já patrocinava um dos primeiros estudos sobre trabalho bancário e saúde mental – se coloquem numa posição avançada quando discutem as relações do trabalho com a saúde e, a par disso, seja do senso comum entre dirigentes e trabalhadores que o trabalho provoca, precipita ou agrava outras doenças não diretamente relacionadas com o trabalho, eles não haviam antes experimentado a situação de adoecerem coletivamente de uma doença do trabalho, fato tão corriqueiro para trabalhadores industriais. Além de inédita e muito recente, essa desagradável experiência não deixa de ser restrita aos que adoecem, não significando que os outros, minimamente informados, hajam tomado consciência que poderão adoecer de LER. Talvez pela falta de 'tomada de consciência', o sentimento de discriminação com relação aos companheiros adoecidos seja ainda tão forte.

Pretender, portanto, a partir de trabalhadores adoecidos das diversas categorias – estigmatizados, muitos deles inativos e desempregados, impropriamente chamados de 'portadores' – criar um movimento organizado sob a forma de associações autônomas parece ser um equívoco político, um desvio ideológico e uma estratégica de fôlego curto.

É imperioso que as reivindicações dos adoecidos sejam conduzidas de forma coletiva e organizada, mas que transitem, obrigatoriamente, pelos sindicatos de cada categoria, em que pese a omissão e até a resistência ativa de alguns. De qualquer sorte, as formas coletivas de organizar necessidades precisam antes ter uma homogeneidade que transcenda, em vários quesitos, o fato de estar doente ou ter tido uma doença.

Mais de 70% dos casos de LER notificados estão nas categorias metalúrgica e bancária, que detêm a hegemonia do movimento sindical. Destas, a metalúrgica comanda as duas mais poderosas centrais de trabalhadores, a CUT e a Força Sindical. Não será, portanto, por falta de organização, nem por inexistência do problema que considera-se a mobilização tão incipiente em ambas e tão desigual entre elas, ainda que sindicatos de uma e outra estejam filiados à mesma Central.

O movimento sobre a questão LER se situa em um novo contexto e conjuntura, tanto que tiveram início em empresas estatais de serviços, começando nos centros de processamento de dados e se espraiando no ramo bancário, onde a doença apareceu com as características atuais. As entidades que o conduzem são, num primeiro momento, os sindicatos de processamento de dados e num segundo, os sindicatos e associações de bancários, respaldados em assessorias técnicas próprias.

Em síntese, com relação às LER, as organizações de trabalhadores industriais que têm uma história recente e uma presença hegemônica na construção de movimentos coletivos sobre as doenças do trabalho provocadas por agentes físicos e químicos, vêm se comportando de maneira excessivamente tímida, se comparada a dos 'trabalhadores de escritório'.

Crê-se que essa timidez não se deva à comentada desmobilização diante do desemprego e da redução de postos de trabalho e ocupações, que tanto perseguem metalúrgicos e químicos como bancários. A dificuldade, parece, está na assimilação da patogenia do trabalho que não esteja vinculada a uma materialidade inescusável, como a das poeiras, do ruído, das substâncias químicas e dos riscos de acidentes típicos, aliás, ainda à espera de soluções. Tal assimilação requer maior capacidade de abstração e elaboração teórica. Essa dificuldade existe para os bancários também, mas em menor grau, entre outras razões, pelo fato deles se confrontarem com uma única doença tipificada como do trabalho, ainda que pela primeira vez em sua história.

A superação dessa dificuldade teórica é necessária e possível e terá de ocorrer, primeiramente, nas diversas categorias de trabalhadores atingidas para que o movimento sobre as LER, em cada uma, guardando sua homogeneidade e peculiaridades próprias, inclusive quanto à especificidade de suas demandas, encontre espaço para crescer, antes de desaguar em um estuário comum.

Já se disse que a socialização do conhecimento é um elemento importante e que o movimento dos bancários sobre as LER progrediu, tanto no Banespa como nos vários bancos na região de Campinas, graças à ação, no primeiro caso da Afubesp e, no segundo, do Sindicato de Campinas, como atesta o aumento de casos notificados demonstrado nas tabelas apresentadas.

Se o movimento sobre a questão LER nas outras categorias de trabalhadores, em que a subnotificação deve ser muito elevada, ganhar uma organização mínima, é bem provável que o movimento se expanda para outros ramos da produção industrial, como o metalúrgico, químico, têxtil, o de calçados, o de marcenaria e para os do setor terciário, como o das comunicações, telefonia, supermercados, controladoras de cartão de crédito etc.

No entanto, em que pese a abrangência das LER, que as torna um problema de saúde pública, não se constituem presença ameaçadora a todos as classes e categorias, como as epidemias. São doença seletiva que se estende horizontalmente, atingindo, prevalentemente, os trabalhadores que ocupam o nível mais baixo da hierarquia das empresas e que executam tarefas manuais. Não têm, pois, expansão vertical, poupando os que se situam nas escalas hierárquicas superiores. Fogem, portanto, aos padrões das doenças pestilenciais ou epidêmicas clássicas, que crescem nos dois sentidos e ameaçam a todos. Apesar de vitimar dezenas de milhares de trabalhadores jovens, também não carregam consigo a necessidade de intervenções drásticas e investimentos em tecnologia específica para as conter ou fazê-las desaparecer, pois não colocam em risco imediato a produção e a reprodução do capital, em decorrência do excesso de força de trabalho disponível no momento do atual ciclo de desenvolvimento do capitalismo. Mas é uma bomba de efeito retardado, diante do crescente número de adoecidos e incapacitados. Essas são outras razões para considerar as LER uma doença emblemática desse ciclo, embora não nos inclinemos a consigná-las como uma epidemia.

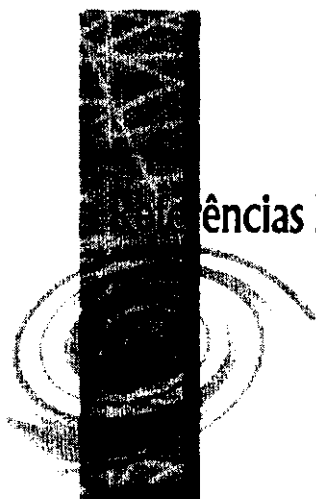
As perspectivas de um movimento social dessa ordem estão condicionadas a conjunturas econômico-políticas e sociais muito dinâmicas que não se alteram, apenas, em uma única direção. Para que ele ganhe vida e força é necessário, pois, vontade e organização dos trabalhadores e um amplo apoio social.

Os componentes internos e conjunturais do movimento dos trabalhadores sobre a questão LER apontam para algumas perspectivas favoráveis, mas há outros elementos externos que se contrapõem a seu crescimento, subordinados ao ciclo atual do capitalismo e seu avanço no País. Assim sendo, até onde movimentos dessa ordem terão espaço para evoluir?

Abstraindo o desinteresse ou incúria do patronato que sempre se beneficia com o excedente da força de trabalho, talvez em quantidade nunca vista e por um tempo que ninguém prevê até onde possa ir, é fato que as agências governamentais, previdenciárias e as seguradoras dos países industrializados, além de várias empresas, estão preocupadas com as LER, diante de seus crescentes custos e da elevada expectativa de sobrevida dos incapacitados, quase invariavelmente pessoas abaixo de 45 anos de idade.

Atentando que a negação, ocultação e subnotificação, artifícios tradicionalmente usados, não foram suficientes para dar conta do problema, os sistemas reparadores previdenciários e de assistência médica e o próprio Estado têm interesse na questão e terão de atuar e participar de negociações da classe trabalhadora com a patronal, afim de tornar a situação menos vexatória e explosiva. As medidas preconizadas no Japão e nos países escandinavos, abstraindo as diferenças históricas dos seus movimentos sociais e de trabalhadores, caminham nessa direção, até o momento com resultados parcimoniosos. Esperança maior talvez seja a redução da jornada de trabalho, que acabaria cumprindo vários objetivos, como diminuir acidentes e doenças do trabalho de qualquer ordem, reduzir o número de desempregados e evitar maiores tensões e turbulências sociais.

Em países periféricos ou semiperiféricos, como o Brasil, as dificuldades são maiores por várias razões, entre as quais a desigualdade de forças no conflito entre o capital e o trabalho e a falta de tradição de negociação entre patronato e classe trabalhadora na área da saúde e do trabalho, sempre barganhada por cláusulas econômicas nos acordos coletivos. A tentativa mais recente do INSS de descaracterizar as LER percorre o caminho tradicional de eximir-se. A expectativa de que os 'selos de qualidade' das ISOs venham a ser instrumentos para a melhoria das relações e organização do trabalho parece excessiva, mesmo para aquelas doenças atribuídas às condições e ambientes materiais de trabalho.

No entanto, o avanço da tese do Estado mínimo, das propostas de desregulamentação das relações do trabalho e sociais e a doutrinação sobre a maximização dos princípios do mercado fazem parte de uma conjuntura pouco alentadora, ainda que as ações do Estado nunca tenham ido muito além de um comportamento burocrático e de baixa eficácia em questões dessa natureza, apesar da legislação e das normas regulamentadoras vigentes.

# ências Bibliográficas


ABREU, A. R. P. Mudança tecnológica e gênero no Brasil: primeiras reflexões. *Novos Estudos Cebrap*, 35(3):107-120, 1993.

ALGRANTI, E.; CAPITANI, E. M. & BAGATIN, E. Patologia do trabalho: sistema respiratório. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p.89-137.

ANDERSON, J. A. D. Shoulder pain and tension neck and their relation to work. *Scand. J. Enviromental Health*, 10:435-442, 1984.

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1995.

ARMSTRONG,T. J. et al. Investigation of cumulative trauma disorders in a processing plant. *American Industrial Association Journal*, 43(2):103-116, 1982.

ARRIGHI, G. *O Longo Século* XX. Rio de Janeiro: Contraponto/Unesp, 1996.

ASCHOFF, L. *Tratado de Anatomia Patológica.* 2.ed. Barcelona: Labor, 1950. Tomo I.

ASSENATO, G. & NAVARRO, V. Workers' participation and control in Italy: the case of occupational medicine. In: NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. *Health and Work under Health and Work under Capitalism: an International Perspective.* New York: Baywood Publishing, 1982. p.152-267.

ASSUNÇÃO, A. A. Sistema músculo-esquelético: lesões por esforços repetitivos. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p.173-198.

AUBERT, N. A neurose profissional. In: CHANLAT, J. F. (Coord.) *O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas.* São Paulo: Atlas, 1994. p.163-193.

BAADER, E. W. *Enfermedades Profesionales: fundamentos clínicos*. Madrid: Paz Montalvo, 1960.

BAMMMER, G. VDUs and musculoskeletal problems an the Australian National University: a case study. In: KNAVE, B. & WIDEBACK, P. G. (Ed.) *Work With Display Units*, 86, selected papers from the international conference, Stockholm, Sweden, 12-15 May, 1986. North Holland: Elsevier Publishers, 1987. p.279-286.

BAMMMER, G. The prevalence of work-related. Neck and Upper Limb Disorders among Office workers in 7 countries. A Pilot Study. Preprints Of International. In: CONFERENCE ON ERGONOMICS, OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH AND THE ENVIRONMENT, 24-28, October 1988, vol.I. China. The Chinese Society of Metals-Australian Darling Downs Institute of Advanced Education, 1988. p.297-305.

BAMMMER, G. Review of current knowledge-musculoskeletal problems. In: BERLINGUET, L. & BERTHELETTE, D. (Ed.) *Work With Display Units*. North Holland: Elsevier Publishers, 1990. p.113-120.

BAMMMER, G. & BLIGNAULT, I. More than a pain in the arms. A review of the consequences of developing occupational overuse syndromes. *Journal Occupation Health Safety*, 4(5):389-397, 1988.

BAMMMER, G. & MARTIN, B. The arguments about RSI.: an examination community. *Health Studies*. 12(3): 348-55, 1988.

BAMMMER, G. & MARTIN, B. *Repetition Strain Injury in Australia: medical knowledge, social movement and de facto partnership*, 1992. p.219-237. (Social Problems, 39)

BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO (BANESPA). 1993. Relatório da Administração. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 10 mar. 1994.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1997.

BASBAUM, L. *História Sincera da República: de 1889 a 1930*. 4.ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1976.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Hucitec, 1987.

BERLINGUER, G. *A Doença*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1988.

BERMAN, D. M. Why work kills: a brief history of occupational safety an health in the United States. In: NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. *Health and Work under Capitalism: an international perspective*. New York: Baywood Publishing, 1982. p.168-92.

BERMAN, D. M. *Muerte en el Trabajo*. México: Siglo Veintiuno, 1983.

BLACKBURN, R. O socialismo após o colapso. In: ___. (Org.) *Depois da Queda o Fracasso do Comunismo e o Futuro do Capitalismo*. São Paulo: Paz e Terra, 1993. p.107-199.

BOBBIO, N. *Estado, Governo, Sociedade. Para uma Teoria Geral da Política*. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no Século XX*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BREIHL, J. & GRANDA, E. *Saúde na Sociedade.* São Paulo: Instituto de Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Abrasco, 1984.

BRISSON, C.; VINET, A. & VÉZINA, M. Disability among female garment workers. A comparison a national sample. *Scandinavian Journal Enviromental Health*, 15:323-328, 1989.

BROWNE, C. D.; NOLAN, B. M & FAITHFULL, D. K. Occupational repetition strain injury Guidelines for diagnosis and management. *Medicine Journal Australia*, 17:329-332, 1984.

CANÊDO, L. B. *O Sindicalismo Bancário em São Paulo*. São Paulo: Símbolo, 1978.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CANNON, L. J.; BERNARCKI, E. J. & WALTER, S. D. Personal and occupational factors associated with Carpal Syndrome. *Journal Occupation Medicine*, 23(4):255-258, 1981.

CARDOSO DE MELLO, J. M. Conseqüências do neo-liberalismo: economia e sociedade. *Revista do Instituto de Economia da Universidade de Campinas*, 11(8):59-67, 1992.

CARDOSO, A. J.; TAVARES, J. A. D. & CASTRO. C. A. J. Tenossinovite: uma doença profissional dos digitadores. In: CONGRESSO NACIONAL DE PROFISSIONAIS DE PROCESSAMENTO DE DADOS, 1994, Belo Horizonte, *Anais*. Porto Alegre: Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul.

CARONE, E. *A República Velha: instituições e classes sociais.* Rio de Janeiro: Difel, 1970.

CARONE, E. *Movimento Operário no Brasil. (1877-1944)*. Rio de Janeiro: Difel, 1979.

CASTLEMAN, B. I. The export hazard factories to developing Nations. In: NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. *Health and Work under Capitalism. An International Perspective*. New York: Baywood Publishing, 1982. p.271-308.

CASTRO, A. L. et al. Mulher, Muler: saúde, trabalho, cotidiano. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (Coords.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p.141-152.

CHATTERJEE, D. S. Repetition strain injury: a recent review. *Journal Social Occupattion Medicine*, 37, 100-105, 1987.

CHRÈTIEN, C. *A Ciência em Ação. Mitos e Limites*. São Paulo: Papirus, 1994.

CLUTTERBUCK, R. C. The state of industrial Ill-health in the United Kingdom. In: NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. *Health and Work under Capitalism: an international perspective*. New York: Baywood Publishing, 1982. p.141-151.

CODO, W. et al. A síndrome do trabalho vazio em bancários. In: CODO, W. & SAMPAIO, J. J. C. (Org.) *Sofrimento Psíquico nas Organizações: saúde mental e trabalho*. São Paulo: Vozes, 1995. p.316-329.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p.225-224.

CONCEIÇÃO, M. C. G. (Coord.) et al. *Estudos de Mortalidade dos Funcionários do Banco do Brasil.* Relatório Final. Rio de Janeiro, Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil-Cassi/Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil-Previ, 1992.

CORDEIRO, R. et al. Ocupação e hipertensão. *Revista de Saúde Pública*, 27(5):380-3877, 1993.

CORIAT, B. Automação programável: novas formas e conceitos de organização da produção. In: SCHMITZ, H. & CARVALHO, R. Q. (Orgs.) *Automação, Competitividade e Trabalho: a experiência internacional*. São Paulo: Hucitec, 1988. p.13-61.

COSTA, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

COSTA, D. C. & COSTA, N. R. Teoria do conhecimento e epidemiologia. Um convite à leitura de John Snow. In: COSTA, D. N. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990. p.167-202.

COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a "doença dos nervos" e a identidade psicológica. *Cadernos do Instituto de Medicina Social*, 1:4-44, 1987.

COUTINHO, L. A terceira revolução industrial e tecnológica: economia e sociedade. *Revista do Instituto de Economia da Universidade de Campinas*, 1(8):69-88, 1992.

COUTO, H. A. *Tenossinovite e outras Lesões por Traumas Cumulativos nos Membros Superiores de Origem Ocupacional*. Belo Horizonte: Ergo, 1991.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Coord.) *O indivíduo na organização*. São Paulo: Atlas, 1992. p.150-173.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho.* São Paulo: Atlas, 1994.

DEMBE, A. The social history of musculoskeletal disorders. In: SECOND INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE ON PREVENTION OF WORK RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS, 25 Sept., 1995, Montreal, Canadá.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS/DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DO TRABALHO (DIEESE/DIESAT). *Saúde do Trabalhador e Reestruturação Produtiva.* São Paulo: Dieese/ Diesat, 1994.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DO TRABALHO (DIESAT). *Insalubridade: a morte lenta no trabalho.* São Paulo: Oboré, 1989.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DO TRABALHO (DIESAT). SEMINÁRIO SOBRE A SAÚDE DO BANCÁRIO, 1, 1994, São Paulo, Diesat.

DEPPE, H. U. Work, Disease, and occupational medicine in the Federal Republic of Germany. In: NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. *Health and work under capitalism: an international perspective.* New York: Baywood Publishing, 1982. p.193-207.

DUPUIS, M. La tendinite du musicien: thème et variations. In: INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE ON PREVENTION OF WORK-RELARTED MUSCULOSKELETAL DISORDERS, 2nd, 26 Sept., 1995, Montreal, Canadá. *Anais.*

ELIADE, M. *Tratado de História das Religiões.* São Paulo: Martins Fontes, 1993.

ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra.* São Paulo: Global, 1985.

FACHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saude do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E. & RIGOTTO, R. M. (Orgs.) *Trabalho de Gente? Trabalho, Doença e Trabalho no Brasil.* São Paulo: Vozes, 1993. p.178-186.

FALEIROS, V. P. *O Trabalho da Política: saúde e segurança dos trabalhadores.* São Paulo: Cortez, 1992.

FAUSTO, B. *Trabalho Urbano e Conflito Social (1890-1920).* Rio de Janeiro: Difel, 1977.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BANCOS (FEBRABAN) *Manual Básico de Prevenção: LER/Lesões por Esforços Repetitivos.* São Paulo: Febraban, s.d.

FERGUSON, D. An australian study of telegraphists' cramp. *British Journal Industry Medicine,* 28:280-285, 1971.

FERREIRA, M. C. *O Trabalho do Caixa Bancário: ritual de tensão, ansiedade e monotomia.* São Paulo, 1989. (Monografia)

FERREIRA, M. C. A síndrome da condição bancária. In: INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO. *A Saúde no Trabalho Bancário.* São Paulo: Confederação Nacional dos Bancários e Central Única dos Trabalhadores, 1993.

FEUERSTEIN, M. et al. Multidisciplinary rehabilitation of chronic work-related upper extremity disorders. *Journal Occupation Medicine*, 35(4):396-403, 1993.

FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder.* 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FRANCO, B. S. *Os Bancos do Brasil.* 2.ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1984.

FRANCO, O. *História da Febre Amarela no Brasil.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1969.

FRENCH, J. D. *O ABC dos Operários: conflitos e alianças de classe em São Paulo – 1900-1950.* São Paulo: Hucitec, 1995.

FURTADO, C. *Formação Econômica do Brasil.* Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 4.ed, 1961.

GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. (Org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global, 1983. p.95-132.

GARCIA, J. C. A categoria trabalho na medicina. In: NUNES, E. D. (Org.) *Pensamento Social em Saúde na América Latina.* São Paulo: Cortez-Abrasco, 1989. p.68-99, 100-224.

GINZBURG, C. *Mitos, Emblemas, Sinais: morfologia e história.* São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

GOMES, J. R. *Dispêndio Energético e Reposição Calórica em Algumas Funções da Indústria Automobilística*, São Paulo, s.d. Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP.

GONÇALVES, R. B. M. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto.* São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990. p.39-86.

GORZ, A. A nova agenda. In: BLACKBURN, R. (Org.) *Depois da Queda: o fracasso do comunismo e o futuro do socialismo.* 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p.235-248.

GRAY, S. J. Úlcera péptica. In: HARRISON, T. R. et al. *Medicina Interna.* Rio de Janeiro: .Guanabara-Koogan, 1956. p.1583-1587.

HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna.* São Paulo: Loyola, 1994.

HASSARD, J. Tempo de trabalho: outra dimensão esquecida nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Coord.) *O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas.* São Paulo: Atlas, 1992. p.175-193.

HIRATA, H. & ZARIFIAN, P. Força e fragilidade do modelo japonês. Estudos Avançados, 12(5):173-185, 1991.

HOBSBAWM, E. *A Era do Capital: 1848-1875*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

HOBSBAWM, E. *Os Trabalhadores: estudos sobre a história do operariado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

HOBSBAWM, E. *A Era dos Extremos: o breve século XX – 194l-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOROWITZ, J. Crippled by computers. As more U.S. workers spend their days at keyboards, hand injuries and lawsuits are multiplying. *Time*, 12 Oct. 1992.

HUNTING, K. L. et al. Musculoskeletal symptoms among electricians. *American Journal Industry Medicine*, 25:149-163, 1994.

ITANI, T. RSI in Japan. In: *An International Perspective on Occupational Overuse Syndrome* (RSI). The Australian National University. Director's Unit Research School of Social Sciences, 1987.

JEFFRESS, C. N. *Statement: This nation cannot afford to wait any longer to adress the serious issue of work-related musculos the letal disorders.* Occupational safety & health administration U.S. Departament of labor. March 4, 1999.

JARDIM, S. R. *Processo de Trabalho e Sofrimento Psíquico. O caso dos pilotos do Metrô carioca*, Rio de Janeiro, 1994. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

KILBON, A. Work-related neck and upper limb disorders in Sweden. In: *An International Perspective on Occupational Overuse Syndrome* (RSI). The Australian National University. Director's Unit Research School of Social Sciences, 1987. p.1-28.

KITAYAMA, T. Health care relating to the occupational cervicobrachial disorders. *Journal Human Ergology*, 11:119-124, 1982.

KOYRÉ, A. *Estudo de História do Pensamento Científico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

KROM, M. C. T. E. M. et al. Risk factors for Carpal Tunnel syndrome. *American Journal Epidemiology,* 132 (6):1102-1110, 1990.

KUORINKA, I. & FORCIER, L. (Coords.). *LATR-Les Lésions Attribuibles au Travail Répétitif. Ouvrage de Référence sur les Lésions Musculo-Squelettiques Liées au Travail*. Quebec: Maloine/IRSST/ MultiMondes, 1995.

KUORINKA, I. & VIIKARI-JUNTURA, E. Prevalence of neck and upper limb disorder (NLD) and work load in different occupational groups. problems in classification and diagnosis. *Journal Human Ergology*, 11:65-72, 1982.

KURZ, R. *O Colapso da Modernização. Da Derrocada do Socialismo de Caserna à Crise da Economia Mundial*. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

LACAZ, F. A. C. *O Papel do Estado na Política de Ações em Saúde do Trabalhador*. EPM, São Paulo, 1997. (Monografia)

LANDES, D. S. *Prometeu Desacorrentado: transformação tecnológica e desenvolvimento industrial na Europa Ocidental, desde 1750 até a nossa época*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994. p.49-129, 67, 91-92, 502, 573.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. (Org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1982. p.135-158.

LAURELL, A. C. Work and health in Mexico. In: NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. *Health and Work under Capitalism: an International Perspective*. New York: Baywood Publishing, 1983. p.211-236.

LAURELL, A. C. *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995a.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neo-liberalismo In: ___. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995b. p.151-78.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Trabajo e Salud en Sicarta*. México: Universidad Autonoma do Mexico, 1987.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operários*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: Mc Granv-Hill do Brasil, 1976.

LOLIO, C. A. et al. Hipertensão e possíveis fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 27 (5):357-362, 1993.

LUCIRE, Y. Neurosis in the workplace. *Medicine Journal Australia*, 145(6): 323-330, 1986.

MAEDA, K.; HUNTING, W. & GRANDJEAN, E. Factors analyses fatigue complaints of accounting machine operations. *Journal Human Ergology*, 11:37-43, 1982.

MAEDA, K.; HORIGUSHI, S. & HOSOKAWA, M. History of studies on occupational cervicobrachial disorder in Japan and remaining problemas. *Journal Human Ergology*, 11:29-36, 1982.

MARI, J. J. & WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *British Journal Psychiatry*, 148:23-26, 1986.

MARTY, P. *Psicossomática do Adulto.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARX, K. *O Capital. Crítica da Economia Política.. O Processo de Produção do Capital.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. Livro I, v.I.

MENDES, R. *Importância das Pequenas Empresas Industriais no Problema de Acidentes do Trabalho em São Paulo*, São Paulo, 1975. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP.

MENDES, R. *Epidemiologia da Silicose na Região Sudeste do Brasil. Contribuição para seu Estudo através de Inquérito de Pacientes Internados em Hospitais de Tisiologia*, São Paulo, 1978. Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP.

MENDES, R. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p.3-31.

MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. (Orgs.) *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p.89-111.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/MPAS. Portaria nº 4062 de 06.08.87. Dispõe sobre os procedimentos a serem observados nos casos de tenossinovite junto aos setores assistenciais do Inamps e INPS. D.O.V, Brasília, 7 de agosto, 1987.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL (MPAS/INSS). Lei 514 – L. E. R: Lesões por Esforços Repetitivos. *Normas Técnicas para Avaliação da Incapacidade*. Brasília, 1993.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL/ DIRETORIA DE SEGURO SOCIAL (MPAS/INSS). Brasília, Ordem de Serviço nº 606, de 05/08/1998. DOU nº 158, de 19/08/1998, Secção I, p.26-38.

MIYAKE, S.; HIMENO, J. & HOSOKAWA, M. Clinical Features of occupational cervicobrachial disorder (OCD). *Journal Human Ergology*, 11:109-127, 1982.

MORGAN, W. K. C. Byssinosis and related conditions. In: MORGAN, W. K. C. & SEATON, A. *Occupational Lung Diseases*. Philadelphia: Saunders, 1975. p.274-288.

MORRONE, L. C. *Epidemiologia da Silicose no Estado de São Paulo*, São Paulo, 1979. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP.

NAKASEKO, M.; TOKUNAGA, R. & HOSOKAWA, M. History of occupational cervicobrachial disorder in Japan. *Journal Human Ergology,* 11:7-16, 1982.

NAVARRO, V. Produção e Estado do Bem-Estar: o contexto das reformas. In: LAURELL, A. C. (Org.) *Estado e Políticas Sociais no Neo-Liberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p.91-124.

NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. *Health and Work under Capitalism: an international perspective*. New York: Bayond Publishing, 1983.

NOGUEIRA, D. P. et al. Bissinose no município da capital de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 7:251-272, 1973.

NOGUEIRA, D. P. et al. Asbestose no Brasil: um risco ignorado. *Revista de Saúde Pública*, 9:427-432, 1975.

NORONHA, E. G. Greves e estratégias sindicais no Brasil. In: OLIVEIRA, C. A. et al. (Orgs.) *O Mundo do Trabalho. Crise e Mudança no Final do Século*. São Paulo: Ministério do Trabalho-Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho do Instituto de Economia da Universidade de Campinas/Scritta-Página Aberta, 1994. p.323-357.

NÚCLEO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS OCUPACIONAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/NUSAT. *Relatório Anual*. Belo Horizonte, 1991.

NÚCLEO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS OCUPACIONAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/NUSAT. *Relatório Anual*. Belo Horizonte, 1992.

NÚCLEO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS OCUPACIONAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/NUSAT. *Relatório Anual*. Belo Horizonte, 1993.

OFFE, C. *Capitalismo Desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

OHARA, H.; ITANI, T. & AOYAMA, H. Prevalence of occupational cervicobrachial disorder among different occupational groups in Japan. *Journal Human Ergology*, 11:55-63, 1982.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social. 60 anos de História da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco, 1986.

ONISHI, N.; SAKAI, K. & KOGI, K. Arm and shoulder muscle load in various keyboard operating jobs woman. *Journal Human Ergology*, 11:89-97, 1982.

ONISHI, N. et al. Shoulder muscle tenderness and physical features of female industrial workers. *Journal Human Ergology,* 5:87-102, 1976.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito*. 9ª rev. 1975. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação Internacional de Doenças em Português, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10*. São Paulo: Edusp, 1994. 2v.

OSORIO, A. M. et al. Carpal tunnel syndrome among grocery store workers. *American Journal Industry Medicine*, 25:229-245, 1994.

PAGÈS, M. et al. *O Poder das Organizações*. São Paulo: Atlas, 1990.

PENA, M. V. J. A introdução de ideologias gerenciais no Brasil. *Revista de Administração de Empresas*, 25(3):23-30, 1985.

PITTA, A. M. F. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

POSSAS C. A. *Saúde e Trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

POSSAS, C. A. *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

PRADO Jr. C. *História Econômica do Brasil*. 16.ed. São Paulo: Brasiliense, 1973.

RAMAZZINI, B. *As Doenças dos Trabalhadores*. Rio de Janeiro: Liga Brasileira Contra os Acidentes do Trabalho, 1971.

RIBEIRO, H. P. Alimentação como indicador de triagem sócio-econômica. *Pediatria Prática*, 39(11):5-23, 1968.

RIBEIRO, H. P. O número de acidentes do trabalho no Brasil continua caindo: sonegação ou realidade? *SOS/Rev. Assoc. Bras. Prev. Acidentes*, 29:14-21, 1994.

RIBEIRO, H. P. Estado atual das lesões por esforços repetitivos (LER) no Banco do Estado de São Paulo S.A. (Banespa). *Cad. de Saúde da Associação dos Funcionários do Conglomerado Banespa-Cabesp*, 1(1), 1995.

RIBEIRO, H. P. (Org.) *LER: conhecimento, práticas e movimentos sociais*. São Paulo: FSP/SSSP, 1997.

RIBEIRO, H. P. & LACAZ, F. A. C. (Orgs.) *De que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*. São Paulo: Diesat-Imesp, 1984.

RIBEIRO, M. A. R. *Condições de Trabalho na Indústria Têxtil Paulista – 1870-1930*. São Paulo: Hucitec, 1988.

RIBEIRO, M. B. D. et al. Hypertension and economic activities in São Paulo. São Paulo: *Hypertension*, 3 (suppl. 2):233-237, 1981.

ROCHA, L. E. *Tenossinovite como Doença do Trabalho no Brasil: a atuação dos trabalhadores*. São Paulo, 1989. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da USP.

ROMANELLI, G. *O Provisório Definitivo. Trabalho e Aspirações de Bancários em São Paulo*, São Paulo, 1978. Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP .

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp-Hucitec-Abrasco, 1994.

RUMMEL, D. *Indicadores de Mortalidade por Categoria Ocupacional e Nível Social, Estado de São Paulo, 1980-1982*, São Paulo, 1987. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP.

SAAD, T. L. P. *Responsabilidade Civil da Empresa nos Acidentes de Trabalho*. 2.ed. São Paulo: LTR, 1995.

SCHMITZ, S. *Bancos Privados e Públicos em Santa Catarina. A Trajetória do BDE (Contribuição à história bancária catarinense)*, São Paulo, 1991. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.

SEATON, A. Silicosis. In: MORGAN, W. H. K. C. & SEATON, A. *Occupational Lung Diseases*. Philadelphia: Saunders, 1975. p.80-111.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP). Resolução SS.197 de 08/06/1992. Norma Técnica – LER/Lesões por Esforços Repetitivos. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 16 jun., 1992. Seção I, p.24.

SETTIMI, M. M. & SILVESTRE, M. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: CODO, W & ALMEIDA, M.C.C.G. (Orgs.) *LER: Lesões por Esforços Repetitivos*. São Paulo: Vozes, 1995. p.321-325.

SILVA, E. S.; SATO, L. & DELIA, A. A. *Trabalho e Saúde Mental do Bancário*. São Paulo: Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, 1985.

SILVA FILHO, J. F. Subjetividade, sofrimento psíquico e trabalho bancário. In: *A Saúde no Trabalho Bancário*. Instituto Nacional de Saúde no Trabalho. São Paulo, Confederação Nacional dos Bancários e Central Única dos Trabalhadores, 1993.

SILVA FILHO, J. F. et al. Organização do trabalho e sáude mental: estudo das relações entre prevalência de doenças mentais e organização do trabalho bancário no município do Rio de Janeiro. Relatório final. Rio de Janeiro, 1992. Convênio FUBJ/Fundação Banco do Brasil (proc. nº 10/0357-3).

SONTAG, S. *A metáfora como Doença*. São Paulo: Graal, 1984.

SOUZA-LOBO, E. *A Classe Operária tem Dois Sexos. Trabalho, Dominação e Resistência*. São Paulo: Brasiliense, 1991. p.73-86, 105-111.

STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira. Oswaldo Cruz e a Política de Investigação Científica e Médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

TANAKA, S. et al. Use of workers' compensation claims data for surveillance of cumulative trauma disorders. *Journal Occupational Medicine*, 30(6):488-492, 1988.

THIOLLENT, M. *Crítica Metodológica. Investigação & Enquete Operária*. São Paulo: Polis, 1987.

THIOLLENT, M. *Metodologia de Pesquisa-Ação*. São Paulo: Cortez, 1994.

THOMPSON, E. P. *A Formação da Classe Operária Inglesa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. v.II. p.15, 28.

TOLA, S. et al. Neck and shoulder symptoms among men in machine operating, dynamic phisical work and sedentary work. *Scandinavian Journal Enviromental Health*, 14:299-305, 1988.

VIEIRA, M. P. A.; PEIXOTO, M. R. C. & KHOURY, Y. M. A. *A Pesquisa em História*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1991.

VIIKARI-JUNTURA, E. Neck and upper limb disorders among slaughterhouse workers. *Scand. J. Environ. Hlth.*, 9:283-290, 1993.

VILANILAM, J. V. A historical and socioeconomic analysis of occupational safety and health in India. In: NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. *Health and Work under Capitalism: an international perspective*. New York: Baywood Publishing, 1982. p.254-270.

WÜNSCH FILHO, V. Variações e tendências na morbi-mortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. A Evolução do País e de suas Doenças*. São Paulo: Hucitec-Nupens/USP, 1995. p.289-330.

YIN, R. K. *Case Study: research design andand methods*. Thousand Oaks: Sage, 1994.

*Formato*: 16 x 23 cm
*Tipologia*: American garamond BT
Albertus medium
*Papel*: Pólen Bold 70g/m² (miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
*Fotolitos*: Laser vegetal (miolo)
Engenho e Arte Editoração Gráfica Ltda. (capa)
*Impressão e acabamento*: Imprinta Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, dezembro de 1999.

Não encontrando nossos títulos em livrarias,
contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, térreo – Manguinhos.
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21041-210.
Tel.: (21) 598-2701 / 598-2702.
Telfax: (21) 598-2509.
E-mail: editora@fiocruz.br